

MÉCANISME DE DÉPANNAGE

Comité paritaire FMOQ-MSSS

MSSS - 418 266-6977
ou sans frais -1 800 463-2647

FMOQ - 514 878-1911
ou sans frais - 1 800 361-8499

Site web <https://cnmq.msss.gouv.qc.ca>

GUIDE D'INFORMATION

À L'INTENTION

DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DÉPANNEURS

Centre national Médecins-Québec
Direction nationale des urgences
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
en collaboration

Service des relations avec la clientèle
Régie de l'assurance maladie du Québec

et

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

13 février 2009

0. INTRODUCTION

Le mécanisme de dépannage actuel, géré par le Comité paritaire FMOQ-MSSS, fonctionne à partir d'une demande provenant d'un établissement visé par l'article 30.00 de l'entente générale des médecins omnipraticiens. Les dispositions de cet article prévoient les conditions de remboursement du temps et des frais de déplacement pour les médecins omnipraticiens qui sont inscrits et autorisés à effectuer du dépannage dans un établissement de santé qui ne peut, à cause de circonstances particulières, assurer la présence d'un médecin dans son service d'urgence de première ligne, dans son unité de soins de courte durée, dans le secteur de l'obstétrique ou de l'anesthésie. Par ailleurs, les modalités de rémunération sont décrites dans l'Annexe XVIII de l'entente générale ou, le cas échéant, dans certaines ententes particulières (EP) comportant des clauses spécifiques relatives au dépannage.

1. BUT DU DÉPANNAGE

Le remplacement temporaire d'un médecin omnipraticien est nécessaire pour assurer l'accessibilité au service de première ligne (service d'urgence, unité de soins de courte durée, etc.). Des problèmes aigus peuvent survenir à la suite de l'absence temporaire, prolongée ou définitive d'un ou de plusieurs médecins omnipraticiens si d'autres ressources locales ou régionales ne peuvent contrebalancer cette absence.

2. DÉFINITION

Le mécanisme de dépannage consiste à remplacer temporairement un médecin omnipraticien dans sa tâche habituelle ou à pallier le manque d'effectifs médicaux qui empêche la prestation de soins urgents et essentiels à la population dans un établissement.

De façon générale, le médecin omnipraticien qui accepte de remplacer temporairement un médecin omnipraticien se voit confier l'horaire de travail de ce médecin.

3. LIEU DU TRAVAIL

Le mécanisme de dépannage ne s'applique que dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ainsi que dans les centres locaux de services communautaires du réseau de garde intégré à travers les différentes régions du Québec.

Là où les besoins de dépannage se font sentir, les responsables des établissements, après autorisation du Comité paritaire FMOQ-MSSS, se voient autorisés à accéder aux informations relatives aux médecins omnipraticiens inscrits au mécanisme de dépannage. Les médecins omnipraticiens dépanneurs sont ceux qui vont assurer des disponibilités et dispenser des services auprès des établissements de santé inscrits au mécanisme de dépannage.

Les établissements qui ont recours au mécanisme de dépannage ainsi que leurs besoins par secteur d'activité sont disponibles directement sur le site Web à l'adresse suivante :

<https://cnmq.msss.gouv.qc.ca>

4. ADMISSIBILITÉ, OBLIGATIONS ET SUIVI DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DÉPANNEURS

Admissibilité

- Tous les médecins omnipraticiens qui détiennent à la fois un permis de pratique et une preuve d'assurance responsabilité, et qui répondent aux exigences réglementaires du Collège des médecins sont admissibles.

NOTE :

Le règlement du Collège des médecins du Québec stipule que, si un médecin n'a pas exercé durant les quatre dernières années dans les secteurs d'activités où il désire s'inscrire comme dépanneur, il n'est pas admissible au dépannage à moins qu'il ne complète un stage de formation ou qu'il ne suive un cours de perfectionnement dans les domaines visés. *La Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins est à la disposition des médecins pour organiser un tel stage.*

- Un médecin omnipraticien qui souhaite participer au mécanisme de dépannage et bénéficier des conditions de rémunération s'y rattachant doit, quel que soit son lieu d'exercice ou de résidence, obligatoirement s'inscrire au mécanisme de dépannage au moyen des formulaires prévus à cet effet et disponibles sur le site Web à l'adresse suivante : <https://cnmq.msss.gouv.qc.ca>

Ces formulaires doivent être remplis et expédiés au CNMQ, par la poste, au ministère de la Santé et des Services sociaux, 1075, chemin Ste-Foy, Québec (Québec) 8^e étage, G1S 2M1 ou par télécopieur au 418 266-8774, et ce, préalablement à sa première dispensation de service dans l'établissement visé. Ces formulaires doivent être également accompagnés d'une photocopie de la preuve d'assurance responsabilité. À cet égard, pour qu'un médecin omnipraticien puisse être inscrit auprès du mécanisme de dépannage pour le secteur de l'urgence, il doit minimalement détenir une protection équivalant au code d'activité 73 de l'Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). À défaut d'avoir ce niveau de couverture, le médecin omnipraticien ne pourra pas rendre des services à l'urgence dans le cadre du mécanisme de dépannage.

- Une fois sa demande acceptée par le comité paritaire, le médecin reçoit une confirmation écrite de son inscription au mécanisme de dépannage et reçoit par conséquent un code d'utilisateur et un mot de passe pour accéder au site.
- Un médecin omnipraticien pourrait se voir refuser sa demande d'inscription au mécanisme de dépannage si l'établissement où il exerce habituellement est en pénurie d'effectifs et doit avoir recours au dépannage. Il faut bien comprendre que le but visé par le mécanisme de dépannage est de favoriser l'autonomie des régions dans leurs activités de remplacement temporaire et non pas de déplacer des médecins d'un territoire en pénurie à un autre territoire également en pénurie.

À cet effet, le Comité paritaire FMOQ-MSSS a prévu qu'un médecin omnipraticien en provenance d'un établissement déjà inscrit au mécanisme de dépannage pourra se rendre dans un autre établissement inscrit à ce même mécanisme durant un maximum de 4 semaines par année, lesquelles correspondent habituellement à la durée des vacances d'un médecin. Si le médecin prend effectivement des vacances durant l'année, celles-ci réduisent d'autant le nombre maximal de semaines admissibles au mécanisme de dépannage.

- La limite de 4 semaines par année est gérée de la façon suivante. Le médecin omnipraticien sujet à cette limite peut effectuer, à son choix, jusqu'à 20 jours de dépannage. Les 8 jours suivants doivent être effectués auprès d'établissements spécifiquement choisis par le comité paritaire pour cette fin.
- Un médecin omnipraticien peut être exempté de la limite de 4 semaines lorsqu'il transmet au comité paritaire une lettre du directeur des services professionnels de son établissement, ainsi qu'une lettre du directeur des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de sa région, mentionnant qu'ils sont favorables à ce que le nombre de semaines de dépannage soit sans restriction ou spécifiant le nombre de semaines supplémentaires recommandées.

Obligations

- maintenir sa prestation habituelle de travail de services dans l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière;
- aviser le comité paritaire si limitation d'exercice imposée par le CMQ;
- contacter le responsable du ou des établissements inscrits au mécanisme de dépannage pour les questions concernant la rémunération, l'organisation du déplacement, de l'hébergement, etc.;
- **manifester son choix, le cas échéant, du mode de rémunération au début de sa période de dépannage;**
- assumer les quarts de garde ou les jours déterminés selon l'horaire qui lui est assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le numéro d'autorisation octroyé par le comité paritaire;
- adresser à la RAMQ les demandes de paiement pour les services rendus;
- adresser à la RAMQ la demande de remboursement de ses frais de déplacement sur les formulaires prescrits en joignant les pièces justificatives requises.

NOTE :

À titre d'information, un médecin omnipraticien peut s'inscrire, le cas échéant, auprès du DRMG ou du responsable régional des AMP de sa région d'installation pour faire reconnaître ses AMP en vertu du mécanisme de dépannage ou auprès du comité paritaire si sa pratique est exclusivement (95 %) en dépannage.

Suivi

- Le médecin omnipraticien dépanneur est soumis au mécanisme d'évaluation de l'acte du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement demandeur de services de dépannage tant qu'il y détient des privilèges.
- Le médecin omnipraticien dépanneur est également soumis au programme de surveillance de l'exercice mis en place par le Collège des médecins du Québec pour les médecins dépanneurs.
- Le médecin omnipraticien dépanneur est responsable, tel que stipulé dans le Code de déontologie des médecins, des examens demandés et doit trouver une procédure qui vise à s'assurer que les rapports des examens demandés seront analysés par un médecin durant son absence. Code des professions (L.R.Q.,c.C-26,a.87;2001,c.78,a.6) article 32.

5. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN DÉPANNEUR

Le médecin omnipraticien qui dispense des services dans le cadre du mécanisme de dépannage bénéficie des dispositions suivantes :

PAR L'INTERMÉDIAIRE DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

- remboursement des frais de transport;
- compensation pour le temps de déplacement;
- rémunération prévue à l'annexe XVIII de l'entente générale ou autres documents d'entente pertinents;
- non-comptabilisation de ces revenus aux fins du calcul du plafond;
- comptabilisation des activités de dépannage au profil de pratique du médecin adhérent ou réputé adhérent à l'E. P. AMP.

Frais de transport

Vous ne pouvez demander le paiement de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois par période de dépannage de journées consécutives pour le même établissement, à moins d'autorisation préalable par le comité paritaire.

Une période de dépannage comprend les journées consécutives de dépannage en excluant les journées consacrées uniquement au déplacement.

Des journées sont consécutives lorsqu'elles sont entrecoupées d'au plus une journée de calendrier pendant laquelle le médecin n'exerce pas au sein de l'établissement. **Toutefois**, lorsque le lieu de résidence du médecin et le lieu de dépannage sont à moins de cent soixante (160) kilomètres de route, des journées ne sont pas consécutives lorsqu'au moins vingt-quatre (24) heures séparent la fin d'un quart de garde comme médecin dépanneur et le début du quart de garde suivant au sein du même établissement.

Les frais de transport sont remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les modalités suivantes :

- les frais réels du transport (avion, train, taxi* ou location de voiture**) sur présentation des pièces justificatives ⁽¹⁾.

OU

- les frais d'utilisation de sa voiture personnelle, **au taux de 0,86 \$** du kilomètre (distance unidirectionnelle) à compter du 1^{er} octobre 2008 ⁽²⁾. On compte la distance du point de départ situé au Québec duquel le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement. Cette distance est établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes (actuellement Google Maps Canada). **Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.**

* L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et elle est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

** Les frais d'essence inclus au contrat de location de voiture vous seront entièrement remboursés par la Régie. S'ils ne le sont pas, vous devrez présenter vos reçus d'essence reliés aux trajets aller-retour à la Régie et ceux reliés au séjour à l'établissement.

(1) Pièces justificatives obligatoires pour tous les moyens de transport utilisés sauf pour le véhicule personnel où le reçu d'essence n'est plus requis. **Originaux des pièces justificatives requis.** Lorsqu'aucun original n'est disponible en rapport avec du transport aérien (**billet électronique**), une copie qui porte la **signature originale du médecin** est acceptée aux conditions suivantes :

- i le nom du destinataire est précisé sur la feuille de transmission de la compagnie aérienne;
- ii la copie du billet électronique comporte les renseignements relatifs au déplacement (date, heures de départ et d'arrivée, n° de vol, etc.).

(2) Selon les dispositions de l'Amendement n° 108, à compter du 1^{er} octobre 2008 l'indemnité de kilométrage correspond maintenant au double du taux de kilométrage autorisé par le Conseil du trésor du Québec pour les premiers 8 000 kilomètres dans la « *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents* ». Le taux de kilométrage fluctuera donc à chaque fois que cette directive sera ajustée.

Cette directive est publiée sur Internet, vous pouvez la consulter à l'adresse suivante :

<http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/secretariat/frais-deplacement.pdf>

Selon le taux de cette directive pour les 8 000 premiers kilomètres à la date de mise à jour de ce guide, soit 0,43 \$ du kilomètre, le taux de kilométrage remboursé par la Régie correspond à 0,86 \$ du kilomètre (0,43 \$ X 2).

L'utilisation de la voiture personnelle peut aussi être autorisée par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'établissement à son lieu de séjour. Dans ce cas, le médecin est remboursé par l'établissement. (Voir la page 11 pour la description des frais de séjour remboursés par l'établissement).

Exceptionnellement, le comité paritaire peut autoriser les frais réels de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère, personnel ou nolisé. À défaut d'une telle autorisation, le médecin sera remboursé par la Régie, selon la modalité suivante applicable :

- s'il existe une liaison commerciale, la Régie remboursera, pour la partie relative au vol aérien, un montant équivalant à celui de la liaison commerciale pour des envolées équivalentes en ajoutant, s'il y a lieu, le montant des taxis requis pour se rendre à l'établissement;

OU

- selon les dispositions apparaissant ci-dessus pour l'utilisation d'une voiture personnelle.

À retenir pour votre facturation: si vous réclamez uniquement des frais de kilométrage à titre de frais de transport lors de l'utilisation de votre véhicule personnel, vous pouvez réclamer vos frais directement dans les cases prévues à cet effet sur une demande de paiement où vous requérez le paiement de services rendus à l'occasion de ce dépannage (le formulaire n° 1200 « acte » ou n° 1215 « tarif horaire » selon le mode de rémunération prévalant pour votre dépannage).

Les reçus d'essence ne sont pas requis. Ne pas oublier de préciser le nom de la localité de départ, de préférence son nom avant fusion, s'il y a lieu, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu précis de départ.

Si vous utilisez un moyen de transport autre que votre véhicule personnel, vous devez **obligatoirement détailler votre réclamation sur le formulaire n° 1988 « Demande de remboursement des frais de déplacement » :**

- Si vos services sont rémunérés à tarif horaire ou per diem, vous devez joindre votre formulaire n° 1988 à une demande de paiement n°1215 où vous facturez des services rendus pendant cette période de dépannage. Dans cette situation, ne rien inscrire aux sections FRAIS et HEURES DE DÉPLACEMENT de la demande de paiement n°1215. Pour de plus amples instructions de complètement du formulaire n°1988, nous vous invitons à consulter la Brochure n° 2, onglet «vacation – tarif horaire – per diem - rédaction de la demande de paiement », partie 2.5 ou la rubrique sur les frais de déplacement dans le site Internet de la RAMQ, (*Section «Rubriques spécialisées» : Rubrique Frais de déplacement*) :**

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/frais_deplacement/generalites.shtml

- Si vos services sont rémunérés à l'acte (incluant la rémunération à forfait + pourcentage des actes et le per diem + pourcentage des actes du régime C de l'E.P. en anesthésie), vous devez reporter le total des frais de transport détaillés sur votre formulaire n° 1988 sur une demande de paiement n°1200 où vous réclamez des services rendus à une personne assurée au cours de la période de dépannage. Vous devez alors utiliser les codes 09991 (frais de transport) et 09992 (temps de déplacement) sur le formulaire n°1200. **Si le montant à réclamer pour vos frais de transport ou votre temps de déplacement atteint 1000 \$ ou plus, vous devez facturer ce montant seul sur une DP.** Pour d'autres précisions à ce sujet ou de plus amples instructions de complètement du formulaire n°1988, nous vous invitons à consulter le manuel de facturation, onglet « rédaction de la demande de paiement » annexe V, partie 4.6.5 ou la rubrique sur les frais de déplacement dans le site Internet de la RAMQ (Section : Rubriques spécialisées) :**

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/frais_deplacement/generalites.shtml

Temps de déplacement

Le temps est payable selon le **tarif horaire de 79,90 \$** au 1^{er} avril 2008 (83,90 \$ au 1^{er} avril 2009). **Maximum de 9 heures par trajet**. Il doit être réclamé sur le même document que celui ayant servi à réclamer les frais de transport.

Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation **d'une heure pour l'aller** et **d'une heure pour le retour** est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'établissement, et en revenir, est compensé selon les modalités prévues suivantes :

Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué)

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{km (aller-retour)}}{80 \text{ km/heure}} = \text{durée de déplacement}$$

Les distances sont établies selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes (actuellement Google Maps Canada).

NOTE : Lorsque le médecin part de l'extérieur du Québec, la RAMQ retient le point d'entrée à la frontière québécoise comme point de départ ou l'aéroport frontalier hors Québec pertinent en cas de transport aérien.

Temps d'attente imprévu

Vous pouvez également réclamer du temps d'attente imprévu s'il y a intempérie, retard d'une envolée, etc., et ce, quel que soit votre mode de transport. **Maximum de 9 heures par jour incluant le temps de déplacement**.

NOTE :

Pour de plus amples instructions de facturation de vos frais de déplacement (transport et temps), nous vous invitons à consulter, **sur le site Internet de la RAMQ, une rubrique sur les frais de déplacement** comportant des exemples concrets. Vous y trouverez également tous les manuels de la Régie vous concernant, notamment celui auquel nous vous référiions précédemment selon le mode de rémunération de vos services :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/frais_deplacement/generalites.shtml

Section «Accueil – Médecins omnipraticiens» :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/bienvenue.shtml>

MODES DE RÉMUNÉRATION

Les modalités de rémunération sont définies à l'annexe XVIII de l'entente générale ou dans certaines ententes particulières spécifiques. Elles sont présentées sommairement ci-après selon le tarif de base, c'est-à-dire à 100 %. Voir la section suivante pour les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII A.

Urgence :

Selon les modalités de rémunération prévalant au service d'urgence de l'établissement demandeur. *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200. Pour la rémunération à tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030 : Services cliniques (TH).*

NOTE :

Les services reliés à un accouchement et facturés en vertu de l'onglet «Obstétrique» de votre manuel demeurent rémunérés à l'acte à 100 % de leur valeur de même que les services médico-administratifs CSST (Annexe XVIII de votre Entente). *Ils doivent être facturés dans la section des ACTES.*

Unité de soins de courte durée :

Si l'établissement est adhérent à l'entente particulière relative aux malades admis, le médecin est rémunéré selon les modalités de cette entente. *En conséquence, utiliser le forfait 09778 et le modificateur 126 ou ses multiples pour la facturation des actes. Suivre les instructions de facturation de cette E.P.;*

Si l'établissement n'est pas adhérent à l'entente particulière relative aux malades admis, au choix du médecin selon le mode de l'acte **ou** à forfait de 571,65 \$ à compter du 1^{er} octobre 2008 par jour plus 45,30 % du tarif des actes posés (594,10 \$ et 46,60 % au 1^{er} avril 2009).

- *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200.*
- *Pour la rémunération du forfait, utiliser le code 09777 et pour celle du % des actes, le modificateur 125 et ses multiples. Suivre les instructions de facturation décrites dans l'avis à la fin de l'Article 2.01 de l'Annexe XVIII de l'entente générale. Lorsque le médecin opte pour le forfait, la période minimale de services dispensés sur place dans l'unité de soins de courte durée est de (8) huit heures et couvre aussi, le cas échéant, la participation à la garde en disponibilité.*
- *Les services dispensés dans une unité qui relève, selon les règlements départementaux et le fonctionnement habituel, du médecin que remplace le médecin omnipraticien dépanneur dépêché auprès de l'unité de courte durée, doivent être réclamés avec le suffixe de l'unité où il a dispensé les services (Exemples : 0XXX 1 pour la clinique externe ou 0XXX6 pour l'unité de soins intensifs ou coronariens).*

NOTES :

1. Seul le médecin qui opte pour l'acte peut se prévaloir du supplément de responsabilité (00071). Il peut également se prévaloir des conditions de rémunération de l'Entente particulière de garde en disponibilité si l'établissement est adhérent et l'y autorise (dans ce dernier cas, ne pas oublier de transmettre à la RAMQ l'avis de service requis). Pour les médecins rémunérés selon les dispositions de l'E.P. malades admis ou ayant opté pour le forfait 09777 + % des actes, voir la note 5.
2. Les services reliés à un accouchement et facturés en vertu de l'onglet «Obstétrique» de votre manuel demeurent rémunérés à l'acte à 100 % de leur valeur. *Ils doivent être facturés dans la section des ACTES.*
3. Les services médico-administratifs CSST (annexe XIII de l'Entente) demeurent rémunérés à l'acte à 100 % de leur valeur.
4. Si vous êtes autorisé à rendre des services comme médecin dépanneur auprès de l'unité de soins de courte durée d'un établissement et devez, en raison de l'organisation régulière de l'établissement, assumer également les services médicaux auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée pendant votre séjour de dépannage, vous pouvez être rémunéré pour ces services. Si la rémunération pour les services dispensés dans l'unité des soins de courte durée est à l'acte, vous êtes rémunéré selon ce mode pour les services auprès du CHSLD. Si la rémunération est sujette à l'application d'un pourcentage du tarif des actes, ce même pourcentage s'applique pour la rémunération des services dispensés auprès du CHSLD.

5. Si vous êtes autorisé à rendre des services à titre de médecin dépanneur auprès de l'unité de soins de courte durée d'un établissement et que vous devez assurer concurremment, auprès du même établissement, l'ensemble des services en obstétrique, vous pouvez également être rémunéré pour la garde en disponibilité en obstétrique, selon les conditions suivantes :

- vous assurez la garde en disponibilité d'obstétrique pour l'ensemble de l'établissement;
- l'établissement auprès duquel vous effectuez le dépannage bénéficie de la garde en disponibilité en obstétrique en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

Ainsi, vous pourrez vous prévaloir des dispositions du paragraphe 6.07 de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité. Toutefois, vous ne serez pas comptabilisé comme un médecin détenant une nomination de membre actif pour les fins de ce paragraphe.

6. Le forfait de congé en établissement d'un patient admis (*code 15158*) est payable à 100 % selon l'entente générale.

Obstétrique :

Au choix du médecin, forfait quotidien de **(9) neuf heures par jour** au taux du tarif horaire soit, **79,90\$** au 1^{er} avril 2008 et 83,90 \$ au 1^{er} avril 2009 (*le code d'activité est le 009006*) **ou un forfait de 571,65 \$ plus 45,30 %** du tarif de tous les actes faits (594,10 \$ et 46,60 % au 1^{er} avril 2009). *Pour la rémunération du forfait, utiliser le code 19044 et pour celle du % des actes, le modificateur 171 et ses multiples. Suivre les instructions de facturation décrites à l'avis intégré à la fin de l'article 3.01a) de l'annexe XVIII de l'entente générale.*

À la suite de l'autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui effectue un remplacement temporaire en obstétrique rémunéré selon un forfait quotidien de 9 heures peut, pour une même journée de calendrier, effectuer un quart de garde au service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 heures à 16 heures et être rémunéré selon les dispositions prévues auprès de ce service d'urgence. Le forfait quotidien de 9 heures est alors rajusté pour tenir compte des services dispensés au service d'urgence. Ce rajustement se traduit par une diminution du forfait de neuf (9) heures proportionnellement au ratio du nombre d'heures du quart de garde effectué au service d'urgence sur vingt-quatre (24) heures. Les services reliés à un accouchement et dispensés pendant le quart de garde du médecin au service d'urgence sont rémunérés à 100 % de même que les services médico-administratifs CSST (Annexe XVIII de votre Entente).

Appliquer la formule suivante afin de calculer le nombre d'heures à facturer avec le code d'activité 009112:

$$9 \text{ heures} * - (9 \text{ heures} * X \frac{\text{nombre d'heures dispensées au service d'urgence}}{24 \text{ heures}})$$

* *Pour les jours d'arrivée et de départ (article 3.03), remplacer par le nombre d'heures réelles effectuées si la prestation de services est inférieure à 9 heures.*

Remarque : Vous ne pouvez vous prévaloir du forfait quotidien en obstétrique (19044) si vous facturez le forfait rajusté sous le code d'activité 009112.

Après autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui accepte d'assumer des services auprès d'autres patients admis est rémunéré à 100 % de l'acte pour les services additionnels ainsi rendus. Ces services doivent alors être facturés dans la section des ACTES de la demande de paiement.

Le médecin qui assure les services en obstétrique lorsqu'il est dépêché en dépannage pour l'hospitalisation de courte durée peut également être rémunéré pour la garde en disponibilité en obstétrique dans la mesure où il respecte les exigences énumérées au point 5 de la section précédente

Anesthésie :

Au choix du médecin, selon le mode de l'acte **ou** selon un forfait quotidien de **(9) neuf heures par jour** au taux du tarif horaire, soit **79,90 \$** au 1^{er} avril 2008 (83,90 \$ au 1^{er} avril 2009) (*le code d'activité est le 009018*) **ou** selon les modalités de l'entente particulière relative à l'anesthésie **si l'établissement est adhérent à cette entente**, le médecin est alors rémunéré selon les dispositions du régime y prévalant (*le code d'activité est le 009030*). L'article 7.00 de l'entente particulière en anesthésie prévoit un forfait de garde en disponibilité de 55,10 \$ par quart de garde, le samedi, le dimanche ou un jour férié (56,20 \$ au 1^{er} avril 2009) (codes 09090 pour le Régime B et 19045 pour le C, à facturer dans la section des ACTES).

Cependant lorsque l'établissement est également désigné en vertu de l'article 7.04 de l'entente particulière en anesthésie, le médecin omnipraticien dépanneur qui choisit pour toute la durée de son séjour ce régime pourra également se prévaloir d'une forfait supplémentaire de garde en disponibilité de 200 \$ par 24 heures, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Les établissements désignés figurent à l'annexe III de cette entente. Si le régime C prévaut dans l'établissement, le médecin omnipraticien dépanneur devra facturer ses per diem sur la demande de paiement n° 3743 « Rémunération mixte ».

À la suite de l'autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui assure une prestation de services en anesthésie peut, pour une même journée de calendrier, effectuer un quart de garde au service d'urgence de l'établissement en dehors de la période de 8 heures à 16 heures et être rémunéré selon les dispositions prévues auprès de ce service d'urgence. *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200. Pour la rémunération à tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030.*

Dans tous les cas, votre choix du mode de rémunération, s'il y a lieu, doit être signifié avant le début de la période de dépannage.

Ententes particulières du Grand-Nord ⁽¹⁾ et de Chibougamau

(1) L'entente particulière Grand-Nord s'applique au CSSS de la Radissonie (Centre hospitalier de La Grande-Rivière), au Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite, au Centre de santé de la Minganie, au CLSC de Naskapi ou l'un de leurs points de service.

Pour les services rendus lors du remplacement d'un médecin régulier, le médecin dépanneur est rémunéré :

- a) soit selon **un per diem de 879,00 \$** au 1^{er} octobre 2008 (942,00 \$ au 1^{er} avril 2009), pour un maximum de 14 heures d'activités professionnelles dont 9 heures sur place, auquel peut s'ajouter un maximum de 10 heures par jour de garde en disponibilité rémunérées à la moitié du taux horaire;
- b) soit au **taux du tarif horaire** si les heures d'activités sur place sont de moins de 9 heures;
- c) à son choix, selon les dispositions décrites en a) ou b), si les heures d'activités sur place dépassent 9 heures.

Malgré ce qui précède, le médecin qui exerce au service d'urgence de l'Hôpital de Chibougamau est rémunéré selon les modalités de l'entente particulière relative à la garde sur place au service d'urgence de première ligne selon les modalités du groupe III : **506,80 \$ pour la période de huit heures à minuit au 1^{er} octobre 2008** (542,80 \$ au 1^{er} avril 2009) **plus 45 % du tarif des actes** et les forfaits et pourcentages prévus à l'article 1.4 du Préambule général **pour la période de 0 h à 8 h, soit 562,60 \$ les jours de semaine et 686,00 \$ les jours de fin de semaine et congés fériés au 1^{er} octobre 2008** (602,55 \$ et 734,70 \$ au 1^{er} avril 2009). Pour les codes d'actes et modificateurs applicables, veuillez vous référer aux instructions de facturation figurant au tableau inséré à l'article 5.01 de cette entente particulière relative à la garde sur place.

Entente particulière régions 17, 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord

Le médecin est rémunéré selon **un per diem de 1114,00 \$** au 1^{er} octobre 2008 (1193,00 \$ au 1^{er} avril 2009) pour la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de vingt-quatre (24) heures (journées de calendrier), soit les mêmes modalités de rémunération s'appliquant aux médecins qui exercent dans ces régions à l'exception des mesures de continuité.

Majoration

La rémunération est majorée de **15 % dans les établissements des régions désignées** et de **20 % dans les établissements des secteurs III, IV et V des régions isolées** selon l'annexe XII. La rémunération est majorée de **5 ou 15 % dans un établissement visé à l'annexe XII A.**

Si vous avez complété et transmis le formulaire n°3789 à la RAMQ et qu'au moins 75 % de votre pratique principale se situe dans les territoires désignés de l'annexe XII, vous êtes rémunéré selon le taux de majoration en vigueur dans l'établissement où vous allez rendre des services comme médecin omnipraticien dépanneur et selon le nombre d'années de pratique principale vous étant reconnues en territoire désigné. Aux fins de calcul de la pratique principale, les services rendus dans le cadre du dépannage font partie de l'ensemble de la pratique du médecin mais ne comptent jamais comme pratique en territoire désigné. Pour de plus amples détails, nous vous invitons à lire l'article « Rémunération majorée-Attention ! » dans le Médecin du Québec, volume 39, numéro 1, janvier 2004.

Par l'intermédiaire de l'établissement

Frais de séjour

Les frais de séjour (repas, logement et autres frais, y compris les repas pris durant le transport et le logement, le cas échéant) sont remboursés au médecin par l'établissement selon les modalités suivantes : (réf. : CT 194603 mise à jour au 1^{er} avril 2006).

➤ Coucher :

	Basse saison (1er novembre au 31 mai)	Haute saison (1er juin au 31 octobre)
Établissements hôteliers situés sur le territoire de la ville de Montréal	126 \$	138 \$
Établissements hôteliers situés sur le territoire de la ville de Québec	106 \$	106 \$
Établissements hôteliers situés dans les villes de Laval, Gatineau, Longueuil, Lac-Beauport, Lac-Delage	102 \$	110 \$
Établissements hôteliers situés ailleurs au Québec	83 \$	87 \$
Dans tout autre établissement (Bed and Breakfast, etc.)	79 \$	79 \$
Hébergement chez un parent ou un ami	22,25 \$	22,25 \$

➤ Repas :	déjeuner :	10,40 \$	
	dîner :	14,30 \$	
	souper :	<u>21,55 \$</u>	
		46,25 \$	par jour

➤ **Autres frais :**

Les frais de déplacement (taxi, autobus, voiture personnelle, etc.) peuvent aussi être autorisés par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'établissement à son lieu de séjour. Dans ce cas, le médecin est remboursé par l'établissement.

6. COORDONNÉES DES ORGANISMES À CONTACTER

Centre national Médecins-Québec
Comité paritaire sur le dépannage
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 8^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : 418 266-6977 ou sans frais : 1-800-463-2647
Télécopieur : 418 266-8774
Courriel : cnmq@msss.gouv.qc.ca

Directeur des affaires professionnelles
Comité paritaire sur le dépannage
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, suite 1000
Montréal, (Québec) H3G 1R8

Téléphone : 514 878-1911 ou 514 878-1912
ou sans frais : 1 800 361-8499
Courriel : depannage@fmoq.org

Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre de contacts des professionnels
Québec : (418) 643-8210
Montréal : (514) 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

LIENS VERS LES DOCUMENTS DE L'ENTENTE FMOQ-MSSS TRAITANT DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE.

Entente générale FMOQ-MSSS

-Article 30 - Mécanisme de dépannage

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/104/000_complet_entente_omni.pdf

page 36 sur 874

-Annexe XVIII- Modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/104/000_complet_entente_omni.pdf

page 126 sur 874

-Annexe XII – concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/104/000_complet_entente_omni.pdf

page 92 sur 874

-Annexe XII-A- concernant le rémunération différente pour les services assurés dans les territoires non désignés par arrêté du ministre conformément au 5e alinéa de l'Article 19 de la Loi

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/104/000_complet_entente_omni.pdf

page 103 sur 874

Ententes Particulières

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/104/000_complet_entente_omni.pdf

- EP n°1 : Grand-Nord
- EP n°10 : Anesthésie (CHSGS)
- EP n°23 : Chibougamau
- EP n°32 : RRSSS du Nunavik-Baie James – Basse Côte-Nord