

Le 22 mars 2022



Objet : Demande d'accès du 23 février 2022
N/D : 225026DAJ

Monsieur,

La présente fait suite à votre demande d'accès reçue à nos bureaux le 23 février 2022, laquelle a été précisée dans votre courriel du 25 février dernier, visant à obtenir les informations et/ou documents suivants :

1. La ou les ententes en vigueur entre la CNESST et la RAMQ concernant le remboursement des services médicaux des médecins. Entente qui découle de l'article 189 de la LATMP;
2. Les modifications de ces ententes;
3. Les documents concernant l'abolition des frais accessoires et les documents qui expliquent les modalités de remboursement au MSSS par la CNESST du coût des médicaments administré par des médecins en cabinet. Ces médicaments sont payés par le MSSS selon la directive suivante : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/frais-accessoires>;
4. Les informations concernant les anesthésiques et les corticostéroïdes en injection sont recherchés.

En réponse au point un (1) de votre demande, vous trouverez ci-joint une copie de l'« *Entente relative aux règles régissant le remboursement par la Commission du coût des services médicaux et médico-administratifs rendus par des professionnels de la santé assumé par la Régie* ».

En réponse au point deux (2) de votre demande, nous vous informons qu'il n'y a eu aucune modification à cette entente.

En réponse aux points trois (3) et quatre (4) de votre demande, vous trouverez ci-joint une « *Note d'orientation concernant l'abolition des frais accessoires et transport des échantillons biologiques* » datée du 25 janvier 2017. Cette note explique que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail ne rembourse pas les médicaments (frais accessoires) aux médecins qu'ils soient participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « RAMQ ») ou non. Par conséquent, nous n'avons pas de liste des médicaments remboursés aux médecins non-participants à la RAMQ.

Nous devons vous informer que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Nous joignons une note explicative concernant l'exercice de ce recours.

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

La substitut du responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels,

Sandrine MacFarlane-Drouin

Sandrine MacFarlane-Drouin, Avocate
Sandrine.Macfarlane-Drouin@cnesst.gouv.qc.ca
Tél. : 418 266-4900 poste 
Télec. : 418 528-7245

SMD/cb

p.j.

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741
Télec : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196
Télec : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

ENTENTE

RELATIVE AUX RÈGLES RÉGISSANT LE REMBOURSEMENT PAR LA COMMISSION DU COÛT DES SERVICES MÉDICAUX ET MÉDICO-ADMINISTRATIFS RENDUS PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ASSUMÉ PAR LA RÉGIE

ENTRE

LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

personne morale instituée en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1), ayant son siège au 1600, avenue D'Estimauville, Québec (Québec) G1J 0B9, représentée par sa présidente-directrice générale, madame
Manuelle Oudar

(ci-après appelée la « Commission »)

ET

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

personne morale instituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (RLRQ, chapitre R-5), ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec) G1S 1E7, représentée par son président-directeur général, monsieur Marco Thibault,

(ci-après appelée la « Régie »)

ATTENDU QU'en vertu de l'article 138 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1), la Commission est une personne morale;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 170 de la même loi, la Commission peut conclure des ententes conformément à la loi avec un ministère ou un organisme du gouvernement, un autre gouvernement ou l'un de ses ministères ou organismes en vue de l'application des lois et des règlements qu'elle administre;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 3 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (RLRQ, chapitre R-5), la Régie est une personne morale et, qu'à ce titre, elle possède tous les pouvoirs nécessaires à la réalisation de sa mission, dont celui de conclure des ententes;

ATTENDU QU'en vertu du quatorzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), la Régie assume le coût des services visés au paragraphe 6 du premier alinéa de l'article 53 de la *Loi sur les accidents du travail* (RLRQ, chapitre A-3) et de l'article 196 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (RLRQ, chapitre A-3.001) qui sont rendus par un professionnel de la santé, y compris ceux d'un membre du Bureau d'évaluation médicale ou d'un membre d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires ou d'un comité spécial agissant en vertu du chapitre VI de cette loi, mais à l'exception des services rendus par un professionnel de la santé à la demande de l'employeur, par un membre d'un comité des maladies professionnelles oncologiques ou par un membre du comité scientifique;

ATTENDU QUE, en vertu du seizième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la Régie assume aussi le coût des services et des biens prévus aux programmes qu'elle administre en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, selon les conditions et les modalités prévues à ces programmes;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 197 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et en vertu du paragraphe 13 du premier alinéa de l'article 53 de la *Loi sur les accidents du travail*, la Commission rembourse à la Régie le coût des services qu'elle a assumé pour elle, de même que les frais d'administration qui s'y rapportent;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 198 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et en vertu de l'article 53.1 de la *Loi sur les accidents du travail*, la Commission et la Régie concluent une entente qui a pour objet les règles régissant le remboursement du coût des services assumé par la Régie au bénéfice de la Commission ainsi que la détermination des frais d'administration qui s'y rapportent et dans laquelle la mention de délai de remboursement et de récupération n'est pas obligatoire;

ATTENDU QUE la détermination de délais de remboursement et de récupération est nécessaire aux fins du respect des obligations de la Commission en matière d'imputation des coûts des prestations, conformément à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en évitant les situations par lesquelles une facturation rétroactive massive serait produite par la Régie;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 2.1 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, la Régie récupère de la Commission le coût des services et des biens qu'elle assume en vertu d'un programme que la loi ou le gouvernement lui confie, dans la mesure où ce programme le prévoit, ainsi que le coût des services qu'elle a assumé conformément à la *Loi sur les accidents du travail* ou de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en vertu du quatorzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, de même que les frais d'administration qui s'y rapportent;

ATTENDU QUE, en vertu du décret 3246-81 du 25 novembre 1981, la Commission a confié à la Régie l'administration du programme de traitement et de paiement des demandes de paiement concernant la rémunération des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de biens ou de services relativement aux services de santé rendus et aux biens fournis notamment en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes*

d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières (RLRQ, chapitre I-7) et de la Loi sur la santé et la sécurité du travail;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 506 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières* demeure en vigueur à l'égard de certaines réclamations;

ATTENDU QUE toutes les dispositions qui ne sont pas incompatibles de la *Loi sur les accidents du travail* s'appliquent également dans le cas de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières*, en vertu du second alinéa de l'article 11 de cette dernière loi;

ATTENDU QUE, en vertu de l'article 17 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, les employés du gouvernement du Canada sont soumis à cette loi dans la mesure où une entente conclue entre le gouvernement du Canada et la Commission en vertu de l'article 170 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* prévoit les modalités d'application de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* (S.R.C. c. G-5);

ATTENDU QUE la Commission et la Régie ont, depuis 1981, convenu de modalités administratives et d'ententes à l'égard de la responsabilité confiée à cette dernière en matière de paiement aux médecins pour les services qu'ils rendent et au sujet des remboursements de ces paiements par la Commission, dont notamment l'entente du 31 août 1988 autorisée par le décret 752-87 du 13 mai 1987, le 18 novembre 1996, l'*Accord relatif aux règles régissant le remboursement des services rendus par les médecins*, le 6 septembre 2007, l'*Entente relative aux règles régissant le remboursement des services médicaux et médico-administratifs rendus par des médecins ou des services rendus par des chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux* et, le 16 novembre 2009, l'*Entente administrative relative au délai dans lequel la Régie doit facturer à la Commission, pour remboursement, les demandes de paiement qu'elle a acquittées aux médecins ou aux chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux qui ont rendu à ses clients des services, des services médicaux ou des services médico-administratifs*;

ATTENDU QUE la Régie a mis en place le nouveau système *Règlement des Factures des Professionnels de la santé* (RFP), remplaçant progressivement le système de rémunération *Médecins, Optométristes, Dentistes* (MOD), qui sert notamment au remboursement des services médicaux;

ATTENDU QUE la Commission et la Régie ont déterminé que le nouveau système RFP modifie le procédé de remboursement établi entre les parties et qu'une nouvelle entente est nécessaire dans ce contexte;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1. PRÉAMBULE

Les Attendus font partie intégrante de la présente entente.

ARTICLE 2. OBJETS

- 2.1 La présente entente a pour objet de fixer les règles relatives au remboursement, par la Commission, des sommes que la Régie verse aux professionnels de la santé tel que prévu à leur entente de rémunération respective, pour l'ensemble des clients de la Commission visés par la présente entente. Ces services incluent les services médicaux rendus au bénéfice des travailleurs qui sont capables d'exercer leur emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée leur lésion professionnelle et qui ne donnent lieu à aucune autre prestation.

- 2.2 Elle a également pour objet de déterminer le montant des frais d'administration payables par la Commission à la Régie ainsi que les modalités de paiement de ceux-ci.

ARTICLE 3. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente entente, on entend par :

- a) ajustement : action de révision monétaire effectuée par la Régie, sur une ou des demandes de paiement, qui résulte de l'un ou l'autre de ces motifs :
- une demande de révision est transmise à la Régie par un professionnel de la santé afin de corriger une information sur une demande de paiement;
 - une contestation du paiement des honoraires est transmise à la Régie par un professionnel de la santé lorsque celui-ci n'est pas d'accord avec le montant qui lui a été versé par la Régie;
 - une réévaluation d'une demande de paiement a lieu, c'est-à-dire que la Régie applique un changement dans une règle d'affaires ou dans les données en conséquence d'une nouvelle orientation, d'un contrôle ou d'une validation, ou encore en application de nouvelles tarifications négociées entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs;
 - une rectification de factures est initiée par la Régie afin qu'elle corrige une information sur une ou des demandes de paiement d'un professionnel de la santé;
 - une rectification de décision de règlement, c'est-à-dire l'action d'appliquer (forcer) une nouvelle décision de règlement qui renverse une décision antérieure.
- b) année financière : année financière de la Régie, soit la période écoulée entre le 1^{er} avril d'une année et le 31 mars de l'année suivante;
- c) association : opérations informatiques effectuées par la Commission et décrites à l'Annexe 6;
- d) organisme représentatif : regroupement de toute catégorie de professionnels ayant conclu une entente avec le ministre de la Santé et des Services sociaux au sens de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);
- e) client :
- une personne ayant droit aux bénéfices de la *Loi sur les accidents du travail* (RLRQ, chapitre A-3), en vertu des dispositions de cette loi ou en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières* (RLRQ, chapitre I-7);
 - une personne dont la Commission a reconnu qu'elle a subi une lésion professionnelle au sens de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (RLRQ, chapitre A-3.001) ou de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* (S.C.R., chapitre G-5), ou soumettant une nouvelle réclamation en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières*;

- une travailleuse enceinte ou qui allaite et dont la demande de retrait préventif au sens de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1) a été acceptée par la Commission;
 - une personne responsable d'un service de garde en milieu familial, enceinte ou qui allaite, et dont la demande de retrait préventif a été acceptée par la Commission en vertu du *Règlement sur le retrait préventif de certaines personnes responsables d'un service de garde en milieu familial* (chapitre R-24.0.1, r.1);
- f) demande de paiement : aux fins du remboursement par la Commission, détail des informations tirées du relevé d'honoraires ou de tout autre formulaire prescrit en vertu du paragraphe a) de l'article 72 de la *Loi sur l'assurance maladie*, auquel s'ajoutent certains indicateurs ou éléments de facturation, dont le contenu est décrit à l'entente visée à l'article 7.4;
- g) fin du droit à l'assistance médicale : fin du droit du client à l'assistance médicale, déterminée par la Commission lorsqu'une lésion professionnelle est consolidée, sans atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou avec une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique non indemnisable (0%), et sans limitation fonctionnelle;
- h) identification : opérations informatiques effectuées par la Régie et décrites à l'Annexe 8 pour déterminer les services médicaux « T » à soumettre à la Commission pour remboursement;
- i) indemnité de remplacement du revenu : montant que la Commission verse à un client, lorsqu'il y a droit, à titre d'indemnité de remplacement du revenu ou, lorsque le contexte s'y prête, montant d'indemnité financière dans le cadre de l'une des lois mentionnées au paragraphe e);
- j) jumelage : opérations informatiques effectuées par la Commission, décrites à l'Annexe 5;
- k) lésion professionnelle : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation, au sens de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou de la *Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État* ou, lorsque le contexte s'y prête, une cause d'indemnisation donnant droit aux indemnités prévues à la *Loi sur les accidents du travail* ou une lésion au sens de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières*;
- l) professionnel de la santé : professionnel de la santé au sens du paragraphe b) du premier alinéa de l'article 1 de la *Loi sur l'assurance maladie*;
- m) refus d'admissibilité : la décision négative que prend la Commission à l'égard d'une réclamation d'un client ou celle d'une instance d'appel si l'employeur ou le client a demandé la révision d'une décision;
- n) regroupement de diagnostics : les regroupements de diagnostics décrits à l'Annexe 10;
- o) autres services médicaux : les services médicaux et les forfaits prévus à l'Annexe 4;

- p) services médicaux « S » : les services médicaux rémunérés à l'acte en vertu des ententes entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs, rendus aux clients et identifiés par les professionnels de la santé sur leurs demandes de paiement, et faisant l'objet de validation par la Régie, comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement, lesquelles demandes de paiement doivent comporter une date d'événement, selon les instructions de facturation déterminées par la Régie;
- q) services médicaux « T » : les services médicaux rémunérés à l'acte en vertu des ententes entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs, rendus aux clients par les professionnels de la santé, et qui ont fait l'objet d'une identification par la Régie;
- r) services médico-administratifs : les rapports complétés et services rendus par les professionnels de la santé au bénéfice des clients, conformément aux ententes intervenues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs, et ce, afin de répondre aux exigences des lois administrées par la Commission;
- s) surpayé : tout montant versé par la Commission à la Régie pour un client pour des services médicaux « S », des services médicaux « T » ou des services médico-administratifs, lorsqu'il appert ultérieurement qu'il n'aurait pas dû être versé, que ce soit en raison de motifs légaux, d'absence de relation avec une lésion professionnelle, d'inscription ou de modification de la fin du droit à l'assistance médicale, de l'article 4.8 de la présente entente ou de toute autre cause convenue entre la Régie et la Commission conformément à l'article 10.1 de la présente entente;
- t) validation : les opérations informatiques décrites à l'Annexe 7 utilisées par la Régie pour sélectionner les services à soumettre à la Commission pour remboursement ou, selon le contexte, les opérations informatiques décrites à l'Annexe 9 par lesquelles la Commission accepte de traiter les services sur les demandes de paiement soumises par la Régie.

ARTICLE 4. OBLIGATIONS DE LA RÉGIE

- 4.1 La Régie paie les services médicaux « S », les services médicaux « T », les services médicaux rémunérés autrement qu'uniquement à l'acte et les services médico-administratifs conformément aux règles et aux tarifs des ententes conclues à l'égard des différents modes de rémunération entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs, en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 4.2 Pour les fins de l'application de la présente entente, la Régie donne l'interprétation officielle des ententes visées à l'article 4.1 ainsi que des règlements concernant la *Loi sur l'assurance maladie*.
- 4.3 La Régie identifie les services médicaux « T » conformément au processus d'identification prévu à l'Annexe 8, dans un délai maximal de 360 jours suivant la réception des demandes de paiement relatives à ces services médicaux.
- 4.4 Après validation et identification des services médicaux « T », la Régie transmet à la Commission, généralement aux quatorze (14)

jours, un fichier incluant les informations sur les éléments suivants afin d'obtenir un remboursement :

- les services médicaux « S » et les services médicaux « T »;
- les services médico-administratifs;
- les ajustements des services médicaux « S », des services médicaux « T » et des services médico-administratifs.

La Régie transmet à la Commission toute demande de paiement dans un délai maximal de 180 jours suivant sa réception, à l'exception des demandes de paiement pour les services médicaux « T », dont le délai est de 360 jours suivant leur réception.

Dans le cas des frais décrits à l'Annexe 3 et des autres services médicaux décrits à l'Annexe 4, la Régie facture la Commission selon les modalités qui y sont prévues.

- 4.5 Nonobstant le second alinéa de l'article 4.4, la Régie peut procéder à des ajustements sur une période maximale de mille quatre-vingt-quinze (1095) jours suivant la réception de la demande de paiement initiale, à la condition que cette dernière ait été préalablement soumise à la Commission dans les délais prévus à ce même alinéa.

Lorsque des ajustements impliquent de nombreuses demandes de paiement, la Régie en avise à l'avance la Commission et s'entend avec elle sur les modalités relatives à la transmission distincte de ces ajustements, en tenant compte des délais, des volumes et des montants en cause, le cas échéant.

- 4.5.1 Advenant des changements majeurs aux systèmes informatiques des deux parties, ou un changement majeur aux ententes de rémunération, les délais initiaux prévus aux articles 4.3 à 4.5 pourraient être allongés par une décision du comité inter-organismes, jusqu'à concurrence d'un délai maximal de 360 jours s'ajoutant à chacun des délais initiaux. Les Parties s'engagent néanmoins à prendre toutes les mesures nécessaires pour tenter de respecter les délais initiaux prévus aux articles 4.3 à 4.5.
- 4.6 La Régie demande un remboursement à la Commission pour les services médicaux « S » et les services médicaux « T » au même montant que celui payé aux professionnels de la santé les ayant rendus.
- 4.7 La Régie facture annuellement à la Commission un montant compensatoire conformément à ce qui est prévu à l'Annexe 4.
- 4.8 La Régie peut entreprendre, de sa propre initiative ou pour donner suite à une demande de la Commission, une étude spécifique des caractéristiques de la facturation d'un professionnel de la santé ayant fourni des services médicaux « S », des services médicaux « T » ou des services médico-administratifs à l'un ou plusieurs de ses clients et informe la Commission des surpayés qui en résultent, le cas échéant.
- 4.9 À la suite de la réception d'une demande d'intervention auprès d'un professionnel de la santé faite par la Commission, la Régie effectue des vérifications et, au besoin, recouvre les sommes auprès de ce médecin dans le cadre des articles 22.2 et 50 de la *Loi sur l'assurance maladie* ou des ententes conclues en vertu de l'article 19 de cette même loi. Le cas échéant, la Régie modifie les factures applicables et rembourse à la Commission les sommes recouvrées selon les modalités prévues à l'article 4.10.

- 4.10 La Régie rembourse à la Commission, par compensation ou autrement, les montants visés aux articles 4.4 et 4.9, dans les trente (30) jours du moment où ces montants sont récupérés des médecins ou à la suite d'une étude spécifique réalisée en vertu de l'article 4.8.
- 4.11 Après vérification, la Régie rembourse également à la Commission, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la réception de la réclamation détaillée de cette dernière, le montant réclamé par la Commission en vertu de l'article 5.4.
- 4.12 Sous réserve d'une modification telle que prévue à l'article 10.1 de l'entente et des dispositions de l'Annexe 4, la Régie ne peut soumettre pour remboursement à la Commission des montants versés dans les cas suivants :
- a) pour toutes les mesures incitatives ou autres primes non spécifiquement rattachées à des codes d'actes consenties aux professionnels de la santé et contenues aux ententes conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*; ce qui comprend notamment les frais de ressourcement, les frais de sortie, les primes d'éloignement, les frais de déménagement, les primes de rétention dans les secteurs isolés, les primes de remplacement, les primes de revalorisation, les primes de rétention et l'assurance responsabilité professionnelle;
 - b) pour le service médical rendu, le cas échéant, par le médecin complétant un *Certificat de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite* (code 9970);
 - c) pour tous les services médicaux rendus sans qu'ils ne puissent être rattachés à un dossier d'un client, notamment ceux rendus par les professionnels de la santé œuvrant dans les services de laboratoire en établissement (SLE) ou en vertu d'ententes qui ne requièrent pas d'en identifier le bénéficiaire par son numéro d'assurance maladie.
- 4.13 La Régie informe la Commission de tout changement apporté à ses formulaires ou documents de facturation susceptible d'entraîner des modifications aux instructions de facturation des services médicaux ou des services médico-administratifs rendus aux clients visés par la présente entente.
- 4.14 La Régie doit fournir à la Commission les informations originales présentées par le professionnel de la santé, sous réserve des modifications effectuées par la Régie dans le cadre régulier de ses opérations ou contrôles.

La Régie ne peut en aucun cas supprimer, ni modifier un code de diagnostic qui provient de la facturation et qu'elle communique à la Commission.

ARTICLE 5. OBLIGATIONS DE LA COMMISSION

- 5.1 La Commission procède à ses opérations de validation, de jumelage et d'association afin de reconnaître le plus exactement possible tous les services médicaux « S », les services médicaux « T » et les services médico-administratifs qui sont en lien avec ses clients.

5.2 La Commission rembourse à la Régie :

- a) les services médicaux « S » et les services médicaux « T » liés à une lésion professionnelle au terme de chaque tentative de jumelage;
- b) les services médicaux « S » et les services médicaux « T » liés à un dossier client faisant l'objet d'un refus d'admissibilité par la Commission, au terme de chaque tentative de jumelage, au cas où une instance de révision infirmerait la décision de refus de la Commission;
- c) l'ensemble des services médico-administratifs, selon les modalités suivantes :
 - les services médico-administratifs figurant sur une demande de paiement rejetée par opération de validation du code de diagnostic;
 - les services médico-administratifs jumelés à ses dossiers clients, au terme de chaque tentative de jumelage;
 - les services médico-administratifs résiduels, au terme de la période de cent quatre-vingts (180) jours de jumelage;
 - les services médico-administratifs figurant sur une demande de paiement rejetée en raison de la fin du droit du client à l'assistance médicale, au terme de la période de cent quatre-vingts (180) jours de jumelage.
- d) les services médicaux « S » liés à une lésion professionnelle au terme d'une opération d'association;
- e) le montant compensatoire prévu à l'Annexe 4;
- f) les frais d'administration annuels prévus à l'Annexe 3;
- g) les ajustements;
- h) les services médicaux « S » et les services médicaux « T » liés à une lésion professionnelle et rejetés après avoir été soumis au processus de jumelage, pour les dossiers clients dans lesquels la date de fin du droit à l'assistance médicale a été déplacée à une date postérieure à celle initialement déterminée, ou les dossiers clients dans lesquels une date de rechute, récurrence ou aggravation a été inscrite.

5.3 La Commission rembourse la Régie des sommes prévues aux paragraphes a), b), c), d) et g) de l'article 5.2 dans les trois (3) jours ouvrables suivant le traitement informatique et sa vérification, après les avoir soumis préalablement aux processus de jumelage et d'association habituels.

La Commission rembourse la Régie des sommes prévues aux paragraphes e) et f) de l'article 5.2 dans les trente (30) jours suivant leur facturation.

La Commission rembourse annuellement la Régie de la somme prévue au paragraphe h) de l'article 5.2 et transmet à la Régie les données financières lui permettant d'associer le remboursement aux demandes de paiement préalablement rejetées.

5.4 La Commission réclame annuellement de la Régie les services médicaux « S » et les services médicaux « T » liés à ses dossiers clients dont l'admissibilité est refusée et dont les délais de

contestation sont échus au cours de l'année précédente et qui ont préalablement fait l'objet d'un remboursement en vertu du paragraphe b) de l'article 5.2. Elle réclame également les autres surpayés lorsqu'elle en détermine.

La Commission établit la somme dont elle réclame remboursement à la Régie et dépose une réclamation détaillée à cet effet.

- 5.5 Après entente avec la Régie, la Commission paie le coût de développement des systèmes informatiques de la Régie qu'elle requiert pour son seul bénéfice relativement au remboursement des paiements des services médicaux et médico-administratifs acquittés par la Régie à ses clients, et ce, sous réserve de l'article 10.1.

Toutefois, aucune somme ne peut être exigée de la Commission par la Régie dans le cadre de l'implantation du nouveau système *Règlement des Factures des Professionnels de la santé* (RFP), remplaçant progressivement le système de rémunération *Médecins, Optométristes, Dentistes* (MOD).

ARTICLE 6. RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS ET COMITÉ INTER-ORGANISMES

- 6.1 Si un différend survient dans le cours de l'application de la présente entente, les parties s'engagent à rechercher un règlement à l'amiable à ce différend dans l'intérêt des deux parties. Le différend peut être porté à l'attention du comité inter-organismes créé en vertu de l'article 6.2. Advenant l'échec du règlement du différend par le comité inter-organismes, le différend est soumis à la haute direction des deux parties pour décision.
- 6.2 Les parties conviennent de la constitution d'un comité inter-organismes dont le mandat est d'assurer le suivi des enjeux découlant de l'application de l'entente ainsi qu'un partage équitable des risques financiers assumés par chacune des parties pour les éléments non spécifiquement couverts par l'une des dispositions de la présente entente. À cet égard, les risques financiers assumés par chacune des parties sont énumérés à l'annexe 11 de la présente entente.

Dans le cadre du mandat du comité inter-organismes, les membres du comité collaborent aux fins notamment :

- a) de valider dans les dossiers clients, au besoin, la fin du droit à l'assistance médicale ayant un impact sur le montant de remboursement et conviennent, le cas échéant, de modalités de remboursement quant aux sommes dues entre les parties;
- b) d'évaluer les répercussions liées aux rejets par la Commission de toute demande de paiement dont les diagnostics qu'elle contient ne sont pas tous en relation avec une lésion professionnelle et à convenir, le cas échéant, de modalités de remboursement des sommes assumées par la Régie pour la Commission;
- c) d'identifier des pistes de solution pour améliorer le processus d'identification des services médicaux « T » qui sont facturés par la Régie alors que le lien avec une lésion professionnelle ne peut être démontré et de convenir, le cas échéant, des montants et des modalités de remboursement des sommes remboursées par la Commission alors qu'elles auraient dû être assumées par la Régie;

- d) dans les cas prévus aux articles 4.5.1 et 10.2, de partager les informations et de prendre les décisions requises dans les meilleurs délais;
- e) de parvenir, dans les meilleurs délais possibles, à une solution au bénéfice des parties pour tout enjeu découlant de l'utilisation de leur système de remboursement respectif.

6.3 Les parties s'engagent à désigner les participants requis au comité inter-organismes ainsi qu'à informer l'autre partie de tout changement concernant cette désignation.

ARTICLE 7. DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 Les personnes responsables de l'application de l'entente sont identifiées à l'Annexe 12.

Le mandat des personnes responsables de l'application de l'entente consiste, pour leur organisation respective, notamment à :

- a) effectuer le suivi de l'exécution de l'entente et traiter toute question relative à son application;
- b) coordonner le traitement des demandes de modifications à la présente entente, conformément à l'article 10;
- c) diriger adéquatement toute demande pour laquelle une partie ne peut identifier la personne ressource de l'autre partie.

Tout changement de personne responsable se fait par la mise à jour et la transmission de cette annexe à l'autre partie dans les meilleurs délais sans qu'il ne soit nécessaire de modifier la présente entente.

De plus, dans l'objectif d'assurer aux parties le respect de leurs droits et obligations eu égard à cette entente, les personnes responsables tiennent à jour certaines données ou certains critères qui servent à la validation des demandes de paiement et qui sont identifiés aux Annexes 1, 2 et 10 de l'entente, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une demande de modification formelle ni à la conclusion d'une nouvelle entente par la signature des représentants autorisés des parties.

Les parties conviennent par ailleurs que les médecins identifiés à l'Annexe 12 pourront convenir ensemble des modifications à apporter, au besoin, aux Annexes 1, 2 et 10, en ayant toutefois préalablement reçu les approbations nécessaires de leur supérieur et impliqué les personnes concernées par ces travaux dans leur propre organisation.

7.2 Aux fins de la transmission d'un avis prescrit par la présente entente, la Commission et la Régie ont respectivement les adresses suivantes :

- a) La Secrétaire générale de la Commission
Commission des normes, de l'équité, de la santé et
de la sécurité du travail
1199, rue de Bleury, 14^e étage
Montréal (Québec) H3B 3J1;
- b) La Secrétaire générale de la Régie
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7.

7.3 Les Annexes font partie intégrante de la présente entente.

7.4 Aux fins des articles 4.4, 4.5, 4.8, 4.10, 4.11, 5.2 et 5.4, les renseignements transmis entre les parties sont ceux mentionnés à l'entente de communication de renseignements en vigueur entre la Régie et la Commission et la communication s'effectue selon les modalités prévues à cette entente.

ARTICLE 8. ENTRÉE EN VIGUEUR, MESURES TRANSITOIRES, DURÉE ET RECONDUCTION

8.1 Malgré la date de sa signature, la présente entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2020.

8.2 Jusqu'à la fin de la transmission par la Régie de demandes de paiement et d'ajustements par l'utilisation du système de rémunération *Médecins, Optométristes, Dentistes* (MOD), les montants déterminés aux Annexes 3 et 4 pour les frais d'administration ainsi que le remboursement compensatoire sont applicables pour l'ensemble des demandes de paiement transmises par ce système et le système *Règlement des Factures des Professionnels de la santé* (RFP).

8.3 L'entente est reconduite tacitement d'une année financière à l'autre, sauf si l'une des parties transmet à l'autre partie, par courrier recommandé ou certifié au moins quatre-vingt-dix (90) jours avant l'avènement du terme, un avis écrit indiquant qu'elle entend y apporter des modifications.

8.4 Dans ce cas, l'avis doit comporter les modifications que la partie désire apporter.

8.5 La transmission d'un tel avis n'empêche pas le renouvellement de la présente entente par tacite reconduction pour une période d'un an.

8.6 Au terme de cette période de reconduction, l'entente est prolongée jusqu'à ce que les parties en viennent à un accord.

ARTICLE 9. INDEXATION

9.1 Dans le cas d'une entente reconduite tacitement, le montant annuel correspondant aux frais d'administration indiqué à l'Annexe 3 est indexé à 2,6 % annuellement. Ce taux est basé sur l'historique des frais d'administration de la Régie tel qu'indiqué à son rapport annuel de gestion.

9.2 Dans le cas d'une entente reconduite tacitement, le montant compensatoire indiqué à l'Annexe 4 est indexé à 2,6 % annuellement. Ce taux est basé sur l'historique des frais d'administration de la Régie tel qu'indiqué à son rapport annuel de gestion.

ARTICLE 10. MODIFICATION ET RÉSILIATION DE L'ENTENTE

10.1 La Commission et la Régie s'engagent à maintenir l'ensemble des modalités d'application déterminées à la présente entente et, le cas échéant, à les modifier après discussion et accord entre les personnes responsables identifiées en vertu de l'article 7.1, toute modification entrant alors en vigueur après signature des représentants autorisés des parties, sous réserve des troisième et quatrième alinéas de l'article 7.1.

- 10.2 La Commission et la Régie s'engagent à modifier l'entente dans les plus brefs délais advenant un changement aux modes de rémunérations des professionnels de la santé visés par la présente entente. Les nouveaux tarifs négociés dans le cadre de ces changements par le ministre de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs sont applicables dès qu'ils sont intégrés aux systèmes informatiques de la Régie, rétroactivement à la date d'entrée en vigueur des ententes, le cas échéant.

Advenant un changement majeur aux modes de rémunération, les délais administratifs évoqués précédemment aux articles 4.3 à 4.5 pourraient être allongés par une décision du comité inter-organismes jusqu'à concurrence d'un délai maximal de 360 jours s'ajoutant aux délais initiaux prévus aux articles 4.3 à 4.5. Les Parties s'engagent néanmoins à prendre toutes les mesures nécessaires pour tenter de respecter les délais initiaux prévus aux articles 4.3 à 4.5.

- 10.3 À tous les 5 ans, dès l'entrée en vigueur de l'entente, la Commission et la Régie s'engagent à évaluer le montant correspondant au remboursement compensatoire prévu à l'annexe 4, notamment selon les modalités de rémunération en vigueur, afin de déterminer s'il doit être modifié et à procéder à sa modification, le cas échéant. À cet égard, les parties s'assurent de conserver le pourcentage de représentativité des services dispensés aux fins des attributions de la Commission par rapport à l'ensemble des services médicaux présentés au rapport annuel de gestion de la Régie, à moins qu'une autre méthode, convenue entre les deux parties au moment de la révision, s'avère davantage représentative.

Pour procéder à l'évaluation, la Régie transmet à la Commission l'avis prévu à l'article 8.3 dans les délais indiqués.

- 10.4 La Commission et la Régie peuvent, en tout temps, d'un commun accord, résilier la présente entente, pourvu qu'elles s'assurent qu'il y ait toujours une entente en vigueur qui réponde aux exigences des lois.
- 10.5 En cas de résiliation, la Commission et la Régie collaborent afin de mettre sur pied une phase de transition adéquate compte tenu des circonstances et d'atténuer les conséquences relatives à cette résiliation. Elles procèdent également aux révisions financières nécessaires en tenant compte des montants exigibles en vertu de la présente entente.

Dans un tel cas, une partie ne peut être tenue de payer des dommages, intérêts ou quelque autre forme d'indemnité ou de frais à l'autre partie.

ARTICLE 11. DISPOSITIONS FINALES

- 11.1 La présente entente remplace toutes les ententes ou accords antérieurs intervenus entre la Commission et la Régie qui portent sur le même objet, y compris l'*Entente administrative relative au délai dans lequel la Régie doit facturer à la Commission, pour remboursement, les demandes de paiement qu'elle a acquittées aux médecins ou aux chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux qui ont rendu à ses clients des services, des services médicaux ou des services médico-administratifs* du 16 novembre 2009 et l'*Entente relative aux règles régissant le remboursement des services médicaux et médico-administratifs rendus par des médecins ou des services rendus par des chirurgiens buccaux ou maxillo-faciaux* du 6 septembre 2007.

Toutefois, la présente ne peut être interprétée comme annulant ou remplaçant l'accord du 5 août 1981 ayant fait l'objet de l'approbation du gouvernement le 25 novembre 1981 par le décret 3246-81 aux fins de la *Loi visant à favoriser le civisme*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ni les modalités administratives du 27 mai 1985 ou celles concernant les programmes de santé au travail, datées du 5 avril 1984.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé :

POUR LA RÉGIE

À Québec

Le 10 décembre 2021



Marco Thibault
Président-directeur général

POUR LA COMMISSION

À Québec

Le 3 décembre 2021



Manuelle Oudar
Présidente-directrice générale

ANNEXE 1 DE L'ENTENTE

Listes des codes de diagnostic avec ou sans relation avec une lésion professionnelle

Listes

- Liste des codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle

Cette liste est constituée par la Régie à partir d'une liste commune de codes de diagnostic ayant fait l'objet d'une étude et d'une approbation préalables par les médecins désignés par les parties.

- Liste des codes de diagnostic sans relation avec une lésion professionnelle

Cette liste est constituée par la Commission à partir d'une liste commune de codes de diagnostic ayant fait l'objet d'une étude et d'une approbation préalables par les médecins désignés par les parties.

Mise à jour des listes de codes de diagnostic

Une mise à jour des listes de codes de diagnostic avec et sans relation avec une lésion professionnelle est réalisée lorsqu'une nouvelle classification statistique internationale des maladies (CIM) est utilisée par la Régie ou pour tenir compte de l'évolution des problèmes de santé reconnus par la Commission.

Conformément à l'article 7.1 de l'entente, les médecins désignés à l'Annexe 12 par la Commission et la Régie analysent les codes de diagnostic, identifient ceux avec et sans relation avec une lésion professionnelle et conviennent des modifications à apporter aux listes de codes de diagnostic après approbation par leur supérieur respectif. Au besoin, ils conviennent également des ajustements à apporter aux regroupements de diagnostics (Annexe 10).

La mise à jour des systèmes informatiques est ensuite effectuée en fonction des modifications convenues entre les parties.

La Régie et la Commission s'échangent la liste qu'elles constituent respectivement après chaque mise à jour et sur demande par la suite.

ANNEXE 2 DE L'ENTENTE

Listes des codes d'acte avec ou sans relation avec une lésion professionnelle

Listes

- Liste des codes d'acte en relation avec une lésion professionnelle

Cette liste est constituée par la Régie à partir d'une liste commune de codes d'acte ayant fait l'objet d'une étude et d'une approbation préalables par les médecins désignés par les parties.

- Liste des codes d'acte sans relation avec une lésion professionnelle

Cette liste est constituée par la Commission à partir d'une liste commune de codes d'acte ayant fait l'objet d'une étude et d'une approbation préalables par les médecins désignés par les parties.

Mise à jour des listes de codes d'acte

Une mise à jour des listes de codes d'acte avec et sans relation avec une lésion professionnelle est réalisée à la suite de l'ajout, du retrait ou de la modification de tout service médical aux ententes intervenues entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs, ou encore pour tenir compte de l'évolution des problèmes de santé reconnus par la Commission.

Conformément à l'article 7.1 de l'entente, les médecins désignés à l'Annexe 12 par la Commission et la Régie analysent les nouveaux services médicaux, identifient les codes d'acte avec et sans relation avec une lésion professionnelle et conviennent des modifications à apporter aux listes de codes d'acte après approbation par leur supérieur respectif.

La mise à jour des systèmes informatiques est ensuite effectuée en fonction des modifications convenues entre les parties.

La Régie et la Commission s'échangent la liste qu'elles constituent respectivement après chaque mise à jour et sur demande par la suite.

ANNEXE 3 DE L'ENTENTE**Frais annuels d'administration
aux fins des articles 4.4, 5.2 f), 5.3 et 9.1*****Montant des frais d'administration***

Au 31 mars de chaque année, des frais d'administration au montant de deux millions de dollars (2 000 000 \$) sont facturés par la Régie à la Commission pour l'ensemble de la gestion effectuée par la Régie au bénéfice de la Commission, montant indexé annuellement conformément à l'article 9.1.

Ce montant inclut les frais d'administration pour la gestion des demandes relatives à la santé au travail tel que prévu aux *Modalités administratives concernant les programmes de santé au travail* intervenue entre les parties le 5 avril 1984 et ses modifications, ainsi que pour la gestion de l'ensemble des demandes de paiement et d'ajustements transmises par la Régie pour l'utilisation du système *Règlement des Factures des Professionnels de la santé* (RFP).

ANNEXE 4 DE L'ENTENTE

Remboursement compensatoire aux fins des articles 4.4, 4.7, 5.2 e), 5.3 et 9.2

Au 31 mars de chaque année, un montant compensatoire de six millions quatre cent dix mille dollars (6 410 000 \$) est facturé par la Régie à la Commission, montant indexé annuellement conformément à l'article 9.2. Le montant vise à compenser la Régie :

1. pour l'ensemble des services médicaux rendus aux clients et rémunérés à forfait ou autrement qu'uniquement à l'acte qu'elle verse aux médecins, au bénéfice de la Commission :
 - aux médecins omnipraticiens auxquels s'applique *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré*;
 - aux médecins omnipraticiens auxquels s'applique *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*;
 - aux médecins spécialistes auxquels s'applique le mode de rémunération mixte selon l'Annexe 38 de l'Accord-cadre;
 - aux médecins spécialistes auxquels s'applique *l'Annexe 40 concernant l'instauration du mode de rémunération mixte en médecine d'urgence*;
 - aux médecins auxquels s'applique *l'Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens*;
 - aux médecins œuvrant en centres de réadaptation.
2. pour les services des médecins radiologistes qui effectuent des examens radiologiques des poumons (actes 09943 et actes 08100).

ANNEXE 5 DE L'ENTENTE

Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Commission aux fins du jumelage

Lorsqu'une demande de paiement transmise par la Régie à la Commission respecte l'ensemble des critères de validation prévus à l'Annexe 9, elle est soumise au processus de jumelage. Les opérations informatiques utilisées aux fins de ce processus s'effectuent sur une période de cent quatre-vingt (180) jours à partir de la date de réception par la Commission d'une demande de paiement transmise par la Régie. Au cours de cette période, le traitement tente, à plusieurs reprises lorsque nécessaire, de faire le jumelage selon l'un ou l'autre des critères suivants :

- le NAM apparaissant sur la demande de paiement de la Régie doit être identique à celui apparaissant dans un dossier client de la Commission;
- lorsque le NAM transmis par la Régie est un NAM généré (« NAM CP-10 »), les 10 premières positions de ce NAM doivent être égales aux 10 premières positions du NAM apparaissant dans un dossier client de la Commission, et le nom ainsi que le prénom doivent être identiques;
- la date d'événement apparaissant sur la demande de paiement transmise par la Régie doit correspondre à la date d'événement (avec un intervalle de ± 5 jours) d'un dossier client de la Commission;
- lorsque le code d'acte du service est 09970 (médecin complétant un *Certificat de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*), il doit exister un dossier client de catégorie « travailleuse enceinte ou qui allaite » pour lequel la date de service de l'acte 09970 se situe dans une période de 30 jours antérieurs à la date d'événement indiquée au dossier et d'au plus 270 jours après cette date;
- la date de service de la demande de paiement transmise par la Régie est comprise dans une période de frais d'établissement de santé payés au dossier client;
- la date de service de la demande de paiement transmise par la Régie est comprise dans une période obligatoire des 14 premiers jours d'indemnité remboursée à l'employeur ou dans une période d'indemnité de remplacement de revenu ultérieure;
- le code d'acte du service médico-administratif transmis par la Régie correspond à un code de document inscrit dans le dossier d'un client et ce document a été reçu dans les 40 jours de la plus vieille date de service inscrite sur la demande de paiement.

En outre, lorsqu'un dossier client comprend une date de fin du droit à l'assistance médicale antérieure à la date de service inscrite sur la demande de paiement, cette dernière est mise de côté, puis soumise à nouveau à des tentatives de jumelage à l'intérieur de la période de 180 jours énoncée précédemment.

À l'intérieur de cette même période, le système vérifie si une date de rechute, récurrence ou aggravation (RRA) est inscrite au dossier client et procède au jumelage de la demande de paiement si la date de service est égale ou supérieure à la date de RRA.

Le système procède également au jumelage lorsque la date de fin du droit à l'assistance médicale est déplacée à une date postérieure et que la demande de paiement a une date de service égale ou antérieure à cette nouvelle date.

Enfin, au terme de ces opérations, il y a :

- remboursement à la Régie des services médico-administratifs pour les demandes de paiement jumelées à un dossier définitivement refusé, pour les demandes de paiement non jumelées, ainsi que pour les demandes de paiement dont un des codes de diagnostic est invalide;
- rejet des services médicaux « T » (identifiés par la Régie) définitivement non jumelés;
- rejet des services médicaux mis de côté en raison d'une fin du droit à l'assistance médicale;
- rejet des services médicaux dont la date de service apparaissant sur la demande de paiement est antérieure à la date d'événement inscrite au dossier client;
- rejet des demandes de paiement qui sont en lien avec un dossier relevant de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (RLRQ, chapitre I-6), de la *Loi visant à favoriser le civisme* (RLRQ, chapitre C-20) ou de la *Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement* (RLRQ, chapitre P-9.2.1).

ANNEXE 6 DE L'ENTENTE

Description des opérations et des critères utilisés par la Commission aux fins de l'association

L'association est une opération informatique réalisée une seule fois, le mois suivant la dernière tentative de jumelage, par laquelle la Commission établit une relation entre des services médicaux « S » définitivement non jumelés et l'un ou l'autre des deux services médico-administratifs suivants :

- l'*Attestation médicale* (code 09926) et
- le *Certificat d'assignation temporaire* (code 09971)

pourvu que ces services médico-administratifs aient été rendus dans les six (6) mois qui précèdent la date à laquelle le service médical « S » visé a été fourni.

Cette relation s'effectue en prenant en compte :

- le numéro d'assurance maladie du client;
- la date d'événement;
- l'intervalle de $\pm$ 5 jours entre la date d'événement apparaissant sur la demande de paiement de l'un ou l'autre des deux services médico-administratifs retenus et la date d'événement figurant sur la demande de paiement du service médical « S » visé.

ANNEXE 7 DE L'ENTENTE

Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Régie aux fins de validation des demandes de paiement identifiées services médicaux « S » par les médecins et soumises à la Commission

En ce qui a trait aux services médico-administratifs, la Régie effectue certains contrôles en regard de l'historique des soins rendus et payés pour un client de la Commission, sur la base d'un écart de plus ou moins 5 jours de la date d'événement en périodes pré-per-post. Ces contrôles concernent certains services médico-administratifs figurant à l'annexe XIII de l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou à l'annexe 24 de l'accord-cadre avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui sont soumis :

- à une recherche de prérequis selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. En l'absence de ces prérequis obligatoires, les services médico-administratifs sont refusés;
- entre eux, à une recherche d'incompatibilité ou d'inclusion selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. Les services médico-administratifs sont refusés si le résultat de chaque recherche est positif;
- à un contrôle de maximum selon qu'ils soient réclamés par le même médecin ou des médecins différents. Si le maximum du service ou du groupe de services est dépassé, les services médico-administratifs sont refusés.

Par la suite, les services qui n'ont pas été refusés doivent, pour être identifiés comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement, répondre aux critères suivants :

- la demande de paiement est identifiée par le médecin omnipraticien ou spécialiste comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement et comporte une date d'événement;
- la date d'événement doit être numérique, valide et de format année, mois, jour (AAMMJJ);
- la date du service médical ou le service médico-administratif rendu doit être égale à la date d'événement ou plus grande que celle-ci;
- le service médico-administratif doit être présent à l'annexe XIII de l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ou à l'annexe 24 de l'accord-cadre avec la Fédération des médecins spécialistes à la date du service;
- certains services médico-administratifs exigent que le médecin réclamant soit désigné par la Commission ou par le Bureau d'évaluation médicale ou membre du Comité spécial des présidents ou du Comité des maladies professionnelles pulmonaires;
- le service médical rendu doit être identifié par la Régie et la Commission comme étant un code d'acte en relation avec une lésion professionnelle;
- les codes d'acte en relation avec une lésion professionnelle identifiés par le médecin omnipraticien ou spécialiste comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement sont transmis à la Commission que le diagnostic soit absent ou présent et en relation avec une lésion professionnelle;
- les services médico-administratifs identifiés par le médecin omnipraticien ou spécialiste comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement sont transmis à la Commission même si le diagnostic est présent, absent, avec ou sans relation avec une lésion professionnelle.

ANNEXE 8 DE L'ENTENTE

Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Régie aux fins de l'identification des services médicaux « T »

Définition

L'identification représente l'ensemble des opérations informatiques par lesquelles la Régie établit la relation entre un service en relation avec une lésion professionnelle et un service médical « S » rendu à une même personne assurée par un même médecin ou un médecin différent et ne portant aucune précision à l'effet qu'il s'agit d'un service rendu à un client de la Commission.

Étape : La sélection des services à identifier

À partir des services en relation avec une lésion professionnelle qui n'ont pas été identifiés comme étant à soumettre à la Commission pour remboursement, le processus informatique fait le lien avec une demande de paiement contenant un service médical « S », incluant les services médico-administratifs, et identifie d'un « T » les services qui répondent aux conditions spécifiques de l'une des quatre situations suivantes :

- 1) Si un médecin est d'une spécialité autre que la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, l'anesthésiologie ou la radiologie diagnostique et qu'un diagnostic est absent ou présent et en relation avec une lésion professionnelle :
 - ◆ On recherche, le même jour, le même service médical « S » réclamé avec un rôle différent, en présence d'un diagnostic reconnu par la Commission, réclamé par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit.
- 2) Si un médecin est de l'une des spécialités suivantes : pneumologie, physiatrie, neurochirurgie, ophtalmologie, radiologie diagnostique ou médecine nucléaire, qu'un diagnostic est absent ou présent et en relation avec une lésion professionnelle et qu'un numéro de professionnel référant est présent :
 - ◆ On recherche, dans un délai de 90 jours pré, per ou post, un service médical « S » entre un médecin référant et un médecin traitant, avec un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, réclamé par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et dont la date du service médical à identifier « T » est égale ou postérieure à la date de la lésion professionnelle du service médical « S ».
- 3) Si un médecin est de l'une des spécialités suivantes : anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique ou chirurgie plastique et qu'un diagnostic est absent ou présent et en relation avec une lésion professionnelle :
 - ◆ On recherche, dans un délai de 90 jours pré, per ou post, un service médical « S » avec un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle, réclamés par un même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et dont la date du service médical à identifier « T » est égale ou postérieure à la date de la lésion professionnelle du service médical « S ».
- 4) Si un médecin est d'une spécialité autre que la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, l'anesthésiologie ou la radiologie diagnostique et que le diagnostic est présent dans l'un des regroupements de diagnostics de l'Annexe 10 :
 - ◆ On recherche, dans un délai de 90 jours pré, per, post, un service médical « S » avec un diagnostic en relation avec une lésion professionnelle faisant partie du même regroupement de diagnostics, réclamé par le même médecin ou des médecins différents, peu importe l'Entente qui les régit et dont la date du service médical à identifier « T » est égale ou postérieure à la date de la lésion professionnelle du service médical « S ».

Particularités :

1 – Pour être en relation avec une lésion professionnelle, le code d'acte du service médical ou le code de diagnostic doit être présent à la liste des codes de d'actes en relation avec une lésion professionnelle de l'Annexe 2 et à la liste des codes de diagnostic en relation avec une lésion professionnelle de l'Annexe 1.

2 - Le service médico-administratif codé 09970 (retrait préventif et affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite) est exclu du processus d'identification.

3 – Lorsqu'un service médical est identifié « T », la date d'événement générée par le système est la même que le service médical « S » ayant servi à l'identification.

ANNEXE 9 DE L'ENTENTE

Description des opérations informatiques et des critères utilisés par la Commission aux fins de validation

La première étape suivant la réception par la Commission des demandes de paiement transmises par la Régie consiste à effectuer un traitement de validation à l'aide des critères suivants :

- le fichier transmis est complet et intègre en vertu des renseignements de contrôle fournis par la Régie;
- le type de transaction (initiale ou en ajustement) de la demande de paiement doit être valide;
- le numéro de la demande de paiement RAMQ doit être valide;
- le numéro de ligne de la demande de paiement doit être valide;
- la source d'identification de la demande de paiement doit être valide;
- le code d'acte ne doit pas apparaître à la liste des codes d'acte sans relation avec une lésion professionnelle de l'Annexe 2 (lorsqu'une demande de paiement comporte plusieurs codes d'acte, seuls les services médicaux « S » et « T » rattachés aux codes d'acte apparaissant sur cette liste sont rejetés);
- le ou les codes de diagnostic ne doivent pas apparaître à la liste des codes de diagnostic sans relation avec une lésion professionnelle de l'Annexe 1 pour que les services médicaux soient remboursés, mais les services médico-administratifs demeurent néanmoins payables;
- la date de réception de la demande de paiement doit être valide;
- le montant d'une ligne de la demande de paiement doit être valide;
- le NAM transmis par la Régie doit être valide;
- la date d'événement transmise par la Régie doit être valide;
- la date de service sur la ligne de la demande de paiement transmise par la Régie doit être valide;
- la ligne de la demande de paiement en ajustement doit avoir un montant de renversement identique à celui reçu précédemment transmis;
- la demande de paiement initiale transmise par la Régie sera traitée (les demandes de paiement initiales en double seront rejetées, à moins qu'elles ne soient soumises de nouveau puisqu'initialement rejetées au complet à la suite de validations unitaires);
- la demande de paiement initiale, identifiée par le professionnel de la santé (services médicaux « S »), doit être transmise à la Commission dans un délai maximal de 180 jours après sa réception par la Régie;
- la demande de paiement initiale, identifiée par la Régie (services médicaux « T »), doit être transmise à la Commission dans un délai maximal de 360 jours après sa réception par la Régie;
- la demande d'ajustement doit être transmise à la Commission dans un délai maximal de 1095 jours après la réception de la demande de paiement initiale par la Régie. Toute demande d'ajustement concernant une demande de paiement devra avoir été préalablement soumise pour paiement à la Commission, dans les délais prévus applicables, selon qu'il s'agisse d'un service médical « S », « T » ou d'un service médico-administratif.

Au terme de cette opération de validation, les demandes de paiement qui ne respectent pas l'un ou l'autre de ces critères sont rejetées. Quant aux demandes de paiement respectant tous ces critères, elles sont soumises au processus de jumelage prévu à l'Annexe 5.

ANNEXE 10 DE L'ENTENTE

Listes de regroupements de diagnostics aux fins de l'identification informatisée (article 4.3)

1. Troubles de l'appareil digestif
2. Traumatismes – Bassin et membres inférieurs
3. Traumatismes – Tête
4. Traumatismes – Colonne cervicale
5. Traumatismes – Membres supérieurs
6. Traumatismes – Tronc, thorax et abdomen
7. Traumatismes de l'œil
8. Maladies et infections de la peau
9. Traumatismes respiratoires
10. Système nerveux
11. Infections du système sanguin et système immunitaire
12. Traumatismes de l'oreille
13. Maladies et infections du système urinaire et reproducteur

Les responsables de l'application de l'entente de la Régie et de la Commission sont responsables de rendre disponibles aux utilisateurs et de maintenir à jour les listes des regroupements de diagnostics aux fins de l'identification informatisée.

Mise à jour des listes de regroupements de diagnostics

Une mise à jour des listes de regroupements de diagnostics aux fins de l'identification informatisée est réalisée lorsqu'une nouvelle classification statistique internationale des maladies (CIM) est utilisée par la Régie ou pour tenir compte de l'évolution des problèmes de santé reconnus par la Commission.

Conformément à l'article 7.1 de l'entente, les médecins désignés à l'Annexe 12 par la Commission et la Régie analysent les codes de diagnostic, identifient ceux avec et sans relation avec une lésion professionnelle et conviennent des modifications à apporter aux listes de regroupements de diagnostics après approbation par leur supérieur respectif.

La mise à jour des systèmes informatiques de la Régie est ensuite effectuée en fonction des modifications convenues entre les parties.

ANNEXE 11 DE L'ENTENTE

Liste des risques financiers assumés par chacune des Parties (article 6.2)

A) Risques financiers identifiés pour la Régie

- Les services médicaux identifiés par le professionnel de la santé comme étant en relation avec une lésion professionnelle, mais qui ne sont pas identifiés « services médicaux S » par la Régie selon les critères de l'Annexe 7, ni soumis à la Commission, puisque la demande de paiement ne contient aucun diagnostic admissible au sens de l'Annexe 1.
- Les services médicaux identifiés par le professionnel de la santé comme étant en relation avec une lésion professionnelle et identifiés « services médicaux S » par la Régie selon les critères énoncés à l'Annexe 7, mais refusés par la Commission car la demande de paiement contient au moins un diagnostic qui est non admissible au sens de l'Annexe 1.
- Les services médicaux ajustés par la Régie dans le délai prévu à l'article 4.5 mais refusés par la Commission, considérant l'expiration des délais de transmission initiaux prévus à l'article 4.4. En effet, un service pourrait être identifié « S » ou « T » postérieurement à sa réception à la Régie à la suite d'une réévaluation en raison par exemple d'une modification d'un contrôle ou au dossier du patient. Dans ces cas, la Régie transmet le service à la Commission si le délai d'ajustement de l'article 4.5 n'est pas expiré. Cependant, puisque le service n'a pas été préalablement soumis à la Commission, celle-ci valide les délais de transmission de l'article 4.4 ce qui peut résulter en un refus de remboursement.
- Les services médicaux qui n'ont pas été identifiés « T » par la Régie selon le processus décrit à l'Annexe 8, considérant l'absence de diagnostic en lien avec une lésion professionnelle sur des services médicaux identifiés « S ». En effet, un service médical identifié « S » réclamé sans diagnostic ne peut être considéré aux fins du processus d'identification des services médicaux « T » prévu à l'Annexe 8.

B) Risques financiers identifiés pour la Commission

- Services médicaux « T » dont la relation avec la lésion du client est faible ou inexistante
Les services médicaux « T » identifiés par la Régie selon le processus décrit à l'Annexe 8, jumelés à un dossier client de la Commission selon les critères du processus décrit à l'Annexe 5 et remboursés à la Régie, mais dont le lien avec ce même dossier client de la Commission est faible ou inexistant.
- Services médicaux « S » sans présence d'une réclamation de la part d'un client
Les services médicaux « S » remboursés à la Régie selon le processus d'association décrit à l'Annexe 6, mais où la Commission n'a pas pu se prononcer sur l'admissibilité de la lésion, puisqu'aucune réclamation n'a été présentée de la part du client.
L'article 2.1 de l'entente prévoit que cette dernière porte notamment sur les services médicaux rendus au bénéfice des travailleurs qui sont capables d'exercer leur emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée leur lésion professionnelle et qui ne donnent lieu à aucune autre prestation. La Commission rembourse donc à la Régie des services médicaux « S » rendus à la suite d'une possible lésion professionnelle, même en l'absence d'une réclamation de la part d'un client. Considérant que la Commission n'est pas en mesure de statuer sur l'admissibilité de celle-ci, certains services médicaux « S » se verraient possiblement rejetés ou remboursés selon l'article 5.4.
- Services médicaux facturés par erreur de la part des médecins
Les services médicaux « S » et « T » jumelés à un dossier client de la Commission selon les critères du processus décrit à l'Annexe 5 ou l'Annexe 6 et remboursés à la Régie, mais comportant des erreurs de facturation ou anomalies de la part des médecins qui ont réclamé ces services.
 - Malgré la mise en place de contrôles systémiques de la facturation des médecins par la Régie, il peut subsister des erreurs ou anomalies de facturation. Il est donc possible que la Commission rembourse des sommes en trop ou incohérentes avec les services inscrits dans les dossiers de clients, liées à des erreurs ou à des anomalies de facturation non détectées par la Régie, et pour lesquelles le processus de vérification prévu à l'article 4.9 de l'entente est insuffisant.

- La Commission ne bénéficie d'aucun crédit de la Régie lorsque cette dernière, dans le cadre d'une enquête où un échantillonnage est effectué, procède autrement que par ajustement pour récupérer des montants auprès de professionnels de la santé qui offrent notamment des services aux clients de la Commission.

ANNEXE 12 DE L'ENTENTE

Désignation des responsables de l'application de l'entente (article 7.1)

Fonction	Commission	Régie
Responsable et contact pour le suivi de l'entente et de ses modifications (articles 7.2 et 10)	Julie Cerantola Secrétaire générale 418-266-4395 Equipedesententes@cnesst.gouv.qc.ca	Simon Canuel Directeur de la rémunération médicale 418 684-8700 Poste 4966 Simon.Canuel@ramq.gouv.qc.ca
Responsables de la gouvernance de l'entente	Julie Beausoleil Directrice générale de la comptabilité et de la gestion de l'information 418-266-4747 poste 5573 julie.beausoleil@cnesst.gouv.qc.ca	Simon Canuel Directeur de la rémunération médicale 418 684-8700 Poste 4966 Simon.Canuel@ramq.gouv.qc.ca
Personnes-contact pour la facturation	<u>Pour le volet gestion</u> Isabelle Julien Directrice du contrôle et des opérations financières Direction générale de la comptabilité et de la gestion de l'information 418-266-4747 poste 5646 isabelle.julien@cnesst.gouv.qc.ca <u>Pour le volet opérationnel</u> Francis Viger Chef d'équipe - Contrôles financiers Direction générale de la comptabilité et de la gestion de l'information 418-266-4747 poste 5612 francis.viger@cnesst.gouv.qc.ca	Nicolas Turcotte Directeur de l'application des ententes 418-682-5127 poste 4002 nicolas.turcotte@ramq.gouv.qc.ca
Médecin désigné pour la mise à jour des Annexes 1, 2 et 10 (article 7.1)	Dr. Hervé Genest Direction de l'accès au régime et des services médicaux Direction générale de l'indemnisation et de la réadaptation 418-266-4670 poste 5917 hervé.genest@cnesst.gouv.qc.ca	Dr. Bruno Rainville Directeur médical Direction des professionnels de la santé 418 682-5141 poste 4116 bruno.rainville@ramq.gouv.qc.ca

Note d'orientation

Abolition des frais accessoires et transport des échantillons biologiques

OBJECTIF

Informar des nouvelles dispositions concernant les frais accessoires et le transport d'échantillons biologiques.

CONTEXTE

Le 26 janvier 2017 entrera en vigueur le ***Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques***.

Ces nouvelles dispositions abolissent les frais accessoires que pouvaient réclamer les professionnels de la santé participants ou désengagés en sus de leurs honoraires professionnels (composante professionnelle) en lien avec la dispensation des services assurés. Seuls des frais pour le transport d'échantillons biologiques pourront être facturés.

APPLICATION

Frais accessoires

Les frais accessoires ne seront donc plus payables pour la dispensation des services assurés à partir du 26 janvier 2017.

Ainsi, lorsqu'un travailleur présente sa carte d'assurance maladie au médecin pour obtenir un service payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), aucun frais supplémentaire ne peut être facturé à la CNESST par le médecin. Puisque la Commission rembourse le médecin non-participant aux mêmes conditions que le médecin participant, aucun frais supplémentaire à l'honoraire professionnel (payable au tarif de la RAMQ) ne peut être facturé à la CNESST par le médecin non-participant.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié sur [son site Web](#) une liste des frais accessoires (orientations du ministère) qui ne pourront plus être facturés en date de leur abolition le 26 janvier prochain. À titre informatif, on y retrouve aussi la liste du matériel et des produits pharmaceutiques qui seront fournis aux cliniques par le MSSS et les établissements de santé publics pour la dispensation des services assurés.

Frais de transport des échantillons biologiques

Ce nouveau règlement permet au professionnel de la santé participant ou désengagé de facturer les frais de transport d'échantillons biologiques selon les coûts maximaux suivants :

- 15 \$ pour le transport d'échantillons biologiques comprenant un prélèvement sanguin;
- 5 \$ pour le transport de tout autre échantillon biologique.

Ces frais peuvent être réclamés lorsque les échantillons biologiques ont été prélevés par le professionnel de la santé participant ou désengagé et transportés vers un établissement ou un laboratoire.

Ces montants ne peuvent être réclamés qu'une seule fois pour la même personne lorsque plus d'un échantillon biologique est transporté vers un même établissement ou un même laboratoire.

COMPLÉMENT D'INFORMATION

Les documents suivants ont été modifiés :

- La [politique 5.01](#);
- Les fiches pertinentes de la banque de connaissance;
- Le guide des frais;
- La procédure d'évaluation des coûts admissibles pour une chirurgie en clinique privée.