Régie de l'assurance maladie Québec

INFOLETTRE

www.ramq.gouv.qc.ca

182

À l'intention des médecins omnipraticiens — *27 octobre 2011*

Nouvelle mesure de compensation pour les médecins qui assurent la prise en charge et le suivi de la clientèle en cabinet privé ou à domicile et Lettre d'entente n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille référé par le CSSS

Les parties négociantes ont convenu d'une nouvelle mesure de compensation pour les médecins qui assurent la prise en charge et le suivi de la clientèle visée par l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.* Cette mesure fait partie de l'*Amendement n° 122*. Elles ont également convenu de la *Lettre d'entente n° 245* qui remplace la *Lettre d'entente n° 195*. Ces changements seront en vigueur à compter du 1er novembre 2011.

À NOTER

Les **instructions de facturation** et les textes officiels vous seront présentés dans une infolettre ultérieure. Nous vous demandons de conserver toute l'information nécessaire concernant les patients inscrits vus ainsi que les patients référés par le guichet d'un CSSS et inscrits à compter du 1er novembre 2011 et **d'attendre** la diffusion de cette prochaine infolettre qui vous précisera les nouvelles modalités de facturation. Le délai de facturation sera modifié par la Régie pour vous permettre de réclamer rétroactivement au 1er novembre 2011, les honoraires visés par ces deux mesures.

1. Nouvelle mesure de compensation – Forfaits pour les frais de cabinet

◆ ENTENTE PARTICULIÈRE – SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE

À compter du 1er novembre 2011, tout médecin qui, dans le cadre de sa pratique en cabinet ou à domicile, dispense des services à **des patients inscrits auprès de lui-même ou des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 D)** de l'entente particulière, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivants :

- un forfait de 25 $ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six patients inscrits;
- un forfait de 50 $ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à 12 patients inscrits ou plus.

Un maximum de 50 $ est payable par journée.

Toutefois, ces forfaits ne sont pas sujets aux dispositions des annexes XII et XII-A ni aux majorations en horaires défavorables (annexe XX).

Le suivi à domicile effectué dans le cadre d'une nomination en CLSC ou en UMF n'est pas visé par cette mesure.

En attendant de pouvoir transmettre votre facturation à la Régie selon les modalités qui seront arrêtées, vous devrez noter le nombre de patients inscrits pour lesquels vous effectuez un examen ou une thérapie en cabinet, pour chaque jour après le 31 octobre prochain, afin d'être en mesure de réclamer les forfaits auxquels vous auriez droit à compter du 1er novembre 2011.

2. Lettre d'entente n° 245

À compter du 1er novembre 2011, la *Lettre d'entente n° 245* remplacera la *Lettre d'entente n° 195*.

Cette lettre s'appuie sur le fait que les patients sans médecin de famille peuvent s'adresser au guichet de référence (guichet unique), afin d'être référés à un médecin de famille en fonction de leur besoin de prise en charge et de la priorité de celle-ci. Dans le cadre de cette lettre d'entente, le médecin qui accepte d'inscrire, de prendre en charge et de suivre un **patient vulnérable ou non vulnérable et sans médecin de famille,** sur référence du mécanisme de guichet de référence du CSSS à compter du 1er novembre 2011, a droit à un montant supplémentaire qui **sera versé en un seul versement à l'inscription du patient**.

La lettre prévoit aussi qu'un patient qui ne reçoit pas les services requis ou qui ne s'entend pas avec le médecin auquel il a été référé, peut s'adresser de nouveau au guichet et pourra être référé à un nouveau médecin comme s'il était sans médecin de famille. Lorsque la prise en charge par le premier médecin sur référence du guichet date de moins d'un an, la moitié du supplément versé au premier médecin pourra faire l'objet de récupération par la Régie.

Le médecin qui cesse volontairement de faire du suivi et de la prise en charge ou qui modifie son lieu de pratique de façon à ne plus pouvoir assurer le suivi de sa clientèle, se voit récupérer la moitié du supplément versé en lien avec des inscriptions de patients référés survenues dans les 12 mois précédant ces changements.

Fait à noter, le supplément ne peut être réclamé le même jour que la référence par le coordonnateur. D'autres modalités de fonctionnement sont à préciser, de façon à s'assurer que les médecins qui acceptent des patients référés prennent des patients en fonction des besoins du guichet (vulnérable et non vulnérable) et pour baliser l'auto référence.

En attendant de pouvoir transmettre votre facturation à la Régie pour le paiement du montant supplémentaire, pour chaque patient référé, vous devez noter la date de référence, le numéro séquentiel attribué par le guichet, le numéro du CSSS dont relève le guichet et la date d'inscription auprès de vous. Ces renseignements sont essentiels pour le paiement par la Régie, du montant supplémentaire prévu à la *Lettre d'entente n° 245*.

D'ici à ce que la Régie transmette l'infolettre détaillant les nouvelles instructions de facturation, vous devez procéder sans délai à la transmission de l'inscription d'un patient référé par le guichet d'un CSSS à compter du 1er novembre 2011 ainsi qu'à la facturation des services rendus à ce patient tel l'examen ou la thérapie, le cas échéant.