

Amendement n° 123 – Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle et Lettre d'entente n° 245

Introduction

La Régie vous présente les modifications apportées à votre entente dans le cadre de l'*Amendement n° 123* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération.

Les changements à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* sont :

- modifications aux modalités de désinscription de la clientèle à la demande du médecin;
- la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin par la Régie lors de la réception d'un avis de décès, d'un avis de retraite et d'un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique transmis par le Collège des médecins ou d'un avis de non-participation ou de désengagement transmis par le médecin;
- l'ajout de modalités relatives à l'application de la *Lettre d'entente n° 245*. L'implantation de ces modalités nécessite des changements informatiques majeurs. La Régie vous présentera le texte officiel ainsi que les instructions de facturation lors de son implantation dans une prochaine infolettre.

Les changements à la *Lettre d'entente n° 245* sont :

- l'ajout d'un critère pour la récupération de la moitié du montant supplémentaire versé;
- les précisions sur les modalités de facturation des montants supplémentaires de la lettre d'entente (code d'acte 19951 ou 19952).

Cet amendement est rétroactif au 1^{er} novembre 2011.

Document de référence

[Partie I](#) Extraits paraphés de l'*Amendement n° 123*

Sommaire

1. Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle 2
 - 1.1 Retrait de la condition de reprise du versement du forfait pour un professionnel non participant ou désengagé qui redevient participant au régime d'assurance maladie 2
 - 1.2 Obligation d'informer la Régie lors d'un changement de statut ... 2
 - 1.3 Désinscription par la Régie 2
 - 1.4 Retrait de la section VI – *Dispositions transitoires*..... 2
2. *Lettre d'entente n° 245* 3
 - 2.1 Récupération de la moitié du montant supplémentaire versé (articles 4.00 et 5.00)..... 3
 - 2.2 Accessibilité au médecin mise en doute (article 6.00) 3
 - 2.3 Modalités d'inscription et de facturation lors d'une demande de référence (article 7.00) 3

1. Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

1.1 Retrait de la condition de reprise du versement du forfait pour un professionnel non participant ou désengagé qui redevient participant au régime d'assurance maladie

◆ Paragraphe 11.02

La condition de reprise du versement du forfait annuel de prise en charge est retirée du second alinéa étant donné que la clientèle d'un médecin qui devient non participant ou désengagé est maintenant désinscrite dès le changement de statut de participation au régime d'assurance maladie du médecin.

1.2 Obligation d'informer la Régie lors d'un changement de statut

◆ Paragraphe 12.03

L'ajout de situations où le médecin se doit d'informer la Régie qu'il ne peut plus assurer le suivi de sa clientèle. Les nouvelles situations sont :

- une invalidité totale à long terme;
- la radiation permanente ou l'abandon de la pratique.

Pour plus de détails sur les instructions de facturation, veuillez vous référer au texte officiel en [partie I](#) de la présente infolettre.

1.3 Désinscription par la Régie

◆ Paragraphe 12.04

Un nouveau paragraphe est introduit et stipule que la Régie procèdera à la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin qui ne l'a pas demandée dans les situations suivantes :

- le Collège des médecins du Québec a transmis un avis de retraite du médecin;
- à la réception de l'avis de décès ou dès que le Collège l'informe du décès du médecin;
- le Collège a transmis un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique concernant ce médecin;
- le médecin a transmis un avis de non-participation ou de désengagement.

1.4 Retrait de la section VI – *Dispositions transitoires*

Veuillez prendre note que la section VI de l'entente particulière est retirée puisque toutes les dispositions transitoires sont maintenant caduques. La section suivante intitulée *Autres mesures de compensation et d'efficience* est numérotée « VI ».

2. Lettre d'entente n° 245

◆ BROCHURE N° 1

2.1 Récupération de la moitié du montant supplémentaire versé (articles 4.00 et 5.00)

Les parties négociantes ont ajouté une troisième situation entraînant la récupération de la moitié du montant supplémentaire versé. Dans le cas où un médecin prend sa retraite dans les 12 mois de la date de début de l'inscription d'un patient, sans que cette décision ne soit motivée par un problème de santé ou l'aggravation d'un état de santé, la moitié du montant supplémentaire versé en vertu de la *Lettre d'entente n° 245* doit être récupérée.

Un patient inscrit auprès d'un médecin de famille à la suite d'une référence d'un guichet de CSSS depuis moins de 12 mois peut demander au guichet d'être référé à un autre médecin en cas de nonaccès au médecin ou d'une incompatibilité avec le médecin. En plus de demander à la Régie de récupérer la moitié du montant supplémentaire versé au premier médecin, le coordonnateur médical doit s'assurer que le patient inscrit ne l'a pas été par autoréférence. Dans ce cas, le patient ne peut être référé à nouveau dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 245* puisqu'il n'est pas considéré comme étant sans médecin de famille.

2.2 Accessibilité au médecin mise en doute (article 6.00)

Les parties négociantes ont ajouté un deuxième alinéa à l'article 6.00 pour permettre au coordonnateur médical de s'adresser au comité paritaire lorsqu'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité des services d'un médecin à qui il a référé moins de 100 patients. Dans ce cas, le comité paritaire peut autoriser le coordonnateur médical à ne plus accorder de nouveaux numéros séquentiels au médecin en question.

2.3 Modalités d'inscription et de facturation lors d'une demande de référence (article 7.00)

L'inscription de la clientèle donnant lieu au supplément doit s'effectuer **à la même date ou postérieurement** à la date de référence au guichet d'accès.

La facturation du montant supplémentaire (code d'acte **19951** ou **19952**) doit se faire à une date **postérieure** à la date de référence lorsque le numéro séquentiel a été fourni par le guichet et lors d'un examen du patient. Voici un exemple d'inscription et de facturation ci-dessous :

Tableau – Inscription et facturation du montant supplémentaire

Date de référence	Date de l'examen médical	Date de l'inscription	Date de facturation du forfait (le numéro séquentiel doit avoir été fourni par le guichet) (19951 ou 19952)
1 ^{er} mai 2012			28 mai 2012
28 mai 2012		28 mai 2012	prochain examen médical du patient

c. c. Agences commerciales de facturation
Développeurs de logiciels – Médecine

Extraits paraphés de l'Amendement n° 123

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

A) L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le second alinéa du paragraphe 11.02 par le suivant :

« Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin le mois suivant la date à partir de laquelle il est considéré, aux termes de la Loi, comme un professionnel non participant ou désengagé. »

B) En remplaçant le paragraphe 12.03 par le suivant :

« **12.03** Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra plus assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés, soient désinscrits.

Cette obligation s'applique également au médecin qui ne peut plus assurer le suivi de sa clientèle pour les raisons suivantes : la non-participation au régime d'assurance maladie du Québec ou le désengagement, une invalidité totale à long terme, la radiation permanente ou l'abandon de la pratique. »

AVIS : Pour le médecin pratiquant hors GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF n° 4094, le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

C) En ajoutant le paragraphe 12.04 suivant :

« 12.04 La Régie procède à la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin qui n'a pas lui-même demandé cette désinscription dans les cas suivants :

- i) le Collège des médecins du Québec (ci-après le Collège) a transmis un avis de retraite du médecin;
- ii) sur réception de l'avis de décès ou dès que le Collège des médecins l'informe du décès du médecin;
- iii) le Collège a transmis un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique concernant ce médecin;
- iv) le médecin a transmis un avis de non-participation ou de désengagement. »

D) En biffant la section VI intitulée « Dispositions transitoires ».

F) En remplaçant le numéro VII apparaissant à la section VII intitulée « Autres mesures de compensation et d'efficience » par le numéro « VI ».

2. La Lettre d'entente n° 245 est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant l'article 4 par le suivant :

« 4.00 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, la Régie récupère la moitié du montant supplémentaire versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze (12) mois qui suit la date de l'inscription d'un patient :

- le médecin a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- le médecin modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- le médecin prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique. »

AVIS : Pour le médecin pratiquant hors GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF n° 4094, le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

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

Par télécopieur : 418 646-8110

B) En remplaçant l'article 5 par le suivant :

« 5.00 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin, suite à une référence directe du coordonnateur du guichet et non suite à une autoréférence, en vertu de la présente lettre d'entente, depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un second médecin pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin, le coordonnateur médical peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Le coordonnateur médical avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du montant supplémentaire réclamé en vertu des présentes par le premier médecin. »

C) En remplaçant l'article 6 par le suivant :

« 6.00 Lorsqu'il réfère plus de cent (100) patients à un médecin selon les dispositions de la présente lettre d'entente, le coordonnateur médical s'assure que celui-ci offre une prise en charge et un suivi à la clientèle inscrite. Dans le cas contraire, le coordonnateur médical en informe le comité paritaire qui peut, selon la situation, demander au coordonnateur médical ou à la Régie de donner suite aux recommandations du comité paritaire.

Dans le cas où le coordonnateur a référé à un médecin moins de cent (100) patients mais qu'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services, il peut s'adresser au comité paritaire afin d'être autorisé, le cas échéant, à ne plus accorder de nouveaux numéros séquentiels au médecin en question. »

D) En remplaçant l'article 7 par le suivant :

« 7.00 Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription des clientèles énumérés au paragraphe 3.01 A) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine, de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle* donnent droit aux montants supplémentaires. De plus, l'inscription donnant lieu au supplément doit s'effectuer à la même date ou postérieurement à la date de référence au guichet d'accès selon l'une des deux modalités suivantes :

- Lorsque l'inscription du patient au nom du médecin est effectuée à l'occasion d'une visite médicale ayant lieu à la même date que la date de référence du patient au guichet, la facturation du forfait prévu à la présente lettre d'entente ne pourra s'effectuer qu'à l'occasion d'une visite subséquente à cette même date.
- Lorsque l'inscription du patient au nom du médecin est effectuée à l'occasion d'une visite médicale postérieure à la date de référence du patient au guichet d'accès, la facturation du forfait prévu à la présente lettre d'entente pourra être effectuée à l'occasion de cette même visite. »

3. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} novembre 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.