



Lettre d'entente n° 245 – Nouvelle version remplaçant celle en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2011

Concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS

La Régie vous présente une nouvelle version de la *Lettre d'entente n° 245*, convenue entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération, qui introduit de nouvelles dispositions permettant de s'assurer du respect des sommes dévolues à cette mesure. Cette version de la lettre d'entente entrera en vigueur le **1^{er} juin 2013**.

Les nouvelles modalités d'application traitent notamment :

- De l'abolition de l'autoréférence;
- Des montants supplémentaires pour la prise en charge et le suivi d'un patient vulnérable ou non vulnérable **non référé** par le guichet d'accès d'un CSSS;
- De la bonification du montant supplémentaire pour la prise en charge de certains patients vulnérables présentant des problèmes de santé spécifiques, priorités et référés par un guichet.

1. Abolition de l'autoréférence

À compter du 1^{er} juin 2013, **seule la référence directe par le guichet d'accès d'un CSSS d'un patient vulnérable ou non vers un médecin qui acceptera la prise en charge de ce patient, sera considérée aux fins du versement des montants supplémentaires de prise en charge et de suivi prévus aux paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03.** Lors d'une référence directe, la date de référence est la date où le guichet a sollicité le médecin pour une prise en charge du patient.

Conséquemment, à compter de cette date, le médecin coordonnateur et son personnel **ne pourront plus octroyer un numéro séquentiel** pour un patient qui a fait l'objet d'une demande d'inscription et de référence par un médecin dans le cadre d'une autoréférence (paragraphe 3.04).

Les demandes d'autoréférence transmises et reçues au guichet d'accès pour l'obtention d'un numéro séquentiel avant le 1^{er} juin 2013 seront traitées par les médecins coordonnateurs en respect de la politique locale des guichets.

Dorénavant, pour avoir droit à l'un des montants supplémentaires prévus pour la prise en charge et le suivi d'un patient priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS (article 3.00), le médecin doit inscrire ce patient lors d'un examen ou d'une intervention clinique qui a lieu à la même date que la date de référence autorisée par le guichet d'accès ou à une date postérieure à celle-ci.

Le médecin qui inscrit un patient orphelin avant la date de référence, telle que définie précédemment, ne pourra pas se prévaloir des dispositions de l'article 3.00 de la *Lettre d'entente n° 245*. Il pourra cependant réclamer le montant supplémentaire prévu pour la prise en charge et le suivi du patient orphelin non référé décrit au point 2 de la présente infolettre.

2. Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient non référé

Puisque les montants supplémentaires associés à la prise en charge et au suivi d'un patient référé par un guichet ne pourront plus être octroyés à un médecin qui a lui-même ou par l'intermédiaire de son personnel référé le patient au guichet d'accès (autoréférence), une nouvelle mesure est instaurée.

Un montant supplémentaire sera versé au médecin omnipraticien pour la prise en charge d'un patient sans médecin de famille, vulnérable ou non, **qui n'aura pas fait l'objet** d'une priorisation et d'une référence par le guichet d'accès du CSSS :

- Pour chaque patient non vulnérable inscrit, un montant de 25 \$ sera payable en cabinet privé ou à domicile, et de 20,75 \$ en CLSC ou en établissement (paragraphe 2.01). Veuillez utiliser le nouveau code d'acte **19954** lors de la facturation de ce montant supplémentaire.
- Pour chaque patient vulnérable inscrit, un montant de 52 \$ sera payable en cabinet privé ou à domicile, et de 43,15 \$ en CLSC ou en établissement (paragraphe 2.02). Veuillez utiliser le nouveau code d'acte **19955** lors de la facturation de ce montant supplémentaire.

Les montants supplémentaires prévus par la présente disposition sont payables lors de l'inscription, à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique fait par le médecin lui-même.

Pour les instructions de facturation complètes, veuillez vous référer au texte des avis à la [partie I](#) de l'infolettre.

3. Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient référé

Les montants supplémentaires actuellement versés pour la prise en charge des patients vulnérables ou non, priorisés et référés par le guichet d'accès d'un CSSS (code d'acte **19951** ou **19952**) sont maintenus, tels que décrits aux paragraphes 3.01 et 3.02 de la [partie I](#).

De plus, comme spécifié au paragraphe 3.03 de la lettre d'entente, un nouveau montant supplémentaire de 250 \$ en cabinet privé ou à domicile, et de 207,50 \$ en CLSC ou en établissement, sera accordé au médecin qui accepte de prendre en charge et de suivre **un patient vulnérable priorisé et référé** par le guichet d'accès, dans les cas suivants :

- Pour le patient présentant un ou des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 **ainsi qu'un des problèmes de santé mentale** décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (codes d'acte **99500 et 99512** ou codes de catégorie de problème de santé **1 et 11**);
- Pour le patient présentant un problème de santé relié à la toxicomanie ou à l'alcoolisme décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de l'entente particulière susmentionnée (code d'acte **99505** ou code de catégorie de problème de santé **6**).

Veuillez utiliser le nouveau code d'acte **19956** et vous référer au texte de l'avis à la [partie I](#) pour les instructions de facturation complètes.

Un seul montant supplémentaire prévu à l'un ou l'autre des paragraphes 3.01, 3.02 ou 3.03 est payable lors de l'inscription, à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique fait par le médecin lui-même.

À NOTER

Les renseignements suivants devront **obligatoirement** être indiqués dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de la demande de paiement, lors de la réclamation d'un montant supplémentaire pour un patient référé par un guichet (paragraphe 3.01, 3.02 ou 3.03).

Pour éviter tout refus, il est très important d'inscrire le libellé complet du renseignement et de respecter l'ordre de présentation suivant, ceci tel qu'indiqué dans les instructions de facturation sous les paragraphes 3.01, 3.02 ou 3.03 :

Le numéro du CSSS (**94XXX**), la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ) et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS.

Seul le numéro du CSSS (94XXX) sera accepté à compter du 1^{er} juin 2013.

Il n'y a pas de délai de validité pour un numéro séquentiel de référence émis par le guichet. Le seul délai qui est appliqué par la Régie est le délai de facturation entre la date de l'inscription donnant lieu à la réclamation d'un des montants du paragraphe 3.00 ou de la date de l'examen permettant de réclamer un de ces montants.

4. Nouveau maximum de patients pouvant être référés annuellement à un médecin

Le maximum de patients qu'un médecin coordonnateur pourra désormais référer à un médecin sur la base d'une année civile est de 150. Cette limite ne s'applique pas à un médecin au cours des quatre années de pratique qui suivent l'obtention de son permis du CMQ (paragraphe 3.05).

L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1^{er} janvier suivant la date d'obtention de ce permis. Ainsi, pour le médecin obtenant son permis d'exercice au 1^{er} juillet 2013, la première année de pratique débutera le 1^{er} janvier 2014 et le guichet pourra lui référer plus de 150 patients par année jusqu'au 31 décembre 2017.

5. Rappel sur l'inscription auprès d'un second médecin d'un patient déjà inscrit

Au paragraphe 3.08, vous constaterez que le médecin coordonnateur pourra référer auprès d'un second médecin, un patient déjà inscrit qui en fera la demande et le considérer sans médecin de famille, dans les situations suivantes :

- **À la suite d'une référence par le guichet d'accès du CSSS depuis moins de 12 mois**, pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin;
- Lorsqu'un patient devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin, si ce dernier n'assure pas de service à domicile;
- Selon le jugement du médecin coordonnateur, lorsqu'un patient change de lieu de résidence à une distance trop éloignée du lieu de pratique du médecin auprès duquel il est inscrit.

6. Formulaire n° 4096 et document d'information n° 4107

La Régie vous rappelle qu'au regard de l'inscription de la clientèle, vous devez :

- Conserver l'original du *Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille* (n° 4096) **signé par le médecin et par le patient** nouvellement inscrit;
- Lors de l'inscription, en remettre une copie au patient **ainsi** qu'une copie du document d'information *Inscription auprès d'un médecin de famille* (n° 4107).

Ces documents sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, à la section *Formulaires*.

7. Rémunération

Voici un tableau récapitulatif des montants supplémentaires accordés en vertu de la présente lettre d'entente :

Catégorie de patient	Code d'acte	Tarif en cabinet ou à domicile	Tarif en CLSC ou en établissement
priorisé, référé et non vulnérable	19952	100 \$	83 \$
priorisé, référé et vulnérable	19951	208,60 \$	173,80 \$
priorisé, référé et vulnérable (catégories 1 et 11 ou catégorie 6)	19956	250 \$	207,50 \$
non référé non vulnérable	19954	25 \$	20,75 \$
non référé vulnérable	19955	52 \$	43,15 \$

La Régie vous précise que :

- La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale (paragraphe 4.02 de la *Lettre d'entente n° 245*). Par conséquent, les honoraires des codes d'acte **19951**, **19952**, **19954**, **19955** et **19956** ne sont pas cumulés dans le plafonnement trimestriel des gains de pratique du médecin;
- Les montants supplémentaires donnent ouverture à la rémunération majorée découlant de l'application des annexes XII et XII-A;
- Les majorations de l'annexe XX durant les horaires défavorables ne s'appliquent pas aux montants supplémentaires de la présente lettre d'entente;

- 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* concernant le rétablissement d'une inscription, dans certains cas où le médecin cesse dans les douze mois d'une inscription, la prise en charge et le suivi de patients pour lesquels un des montants supplémentaires visé aux paragraphes 3.01, 3.02 ou 3.03 a été payé, la Régie récupérera la moitié du montant supplémentaire versé à la suite de l'inscription d'un patient (voir le paragraphe 3.07 de la *Lettre d'entente n° 245* pour connaître les trois situations concernées);
- Pour les codes d'acte **19951** et **19952**, la Régie rétablira le délai de facturation de 90 jours suspendu en avril 2012 parce qu'à ce moment, certains guichets d'accès de CSSS n'étaient pas pleinement opérationnels. Toutefois, le délai de 90 jours pour réclamer ces codes d'acte ne s'appliquera qu'à compter du 1^{er} novembre 2013, pour permettre au médecin de **réclamer jusqu'au 31 octobre 2013** un de ces codes d'acte demandé à la suite d'une **demande d'autoréférence transmise avant le 1^{er} juin 2013**, mais traitée et autorisée par le guichet d'accès d'un CSSS après le 1^{er} juin 2013. Nous vous rappelons que pour réclamer un des montants codés **19951** ou **19952**, si le médecin a inscrit le patient lors de la demande d'autoréférence avant le 1^{er} juin 2013, il devra réclamer le montant à la date du prochain examen du patient, et ce, avant le 1^{er} novembre 2013;
- Le délai de facturation de 90 jours s'applique sur les codes **19954**, **19955** et **19956** réclamés **à compter du 1^{er} juin 2013**.

FACTURATION

La Régie pourra recevoir la facturation des codes d'acte **19954**, **19955** et **19956** à compter du **1^{er} juin 2013**. Cependant, vos services seront prépayés jusqu'à ce que les travaux d'application soient terminés.

8. Document de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 245*

Texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 245*

Concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence **ou non** du guichet d'accès du CSSS

CONSIDÉRANT que dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant le 31 mars 2010, les parties ont convenu de verser un montant supplémentaire au médecin qui accepte d'inscrire, de prendre en charge et de suivre tout patient vulnérable ou non vulnérable et sans médecin de famille;

CONSIDÉRANT que pour la période du 1^{er} novembre 2011 au 31 octobre 2012, les mesures découlant des dispositions de la présente lettre d'entente ont engendré des coûts supérieurs à ceux prévus pour leur financement et qu'en conséquence, il y a lieu pour les parties, conformément à la Lettre d'entente n° 246, de convenir de nouvelles modalités d'application afin de limiter les coûts des diverses mesures qui y sont prévues;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 En sus du forfait pour l'inscription générale et des forfaits déjà existants en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, un montant supplémentaire est payable à un médecin suite à l'inscription de chaque patient vulnérable **ou non vulnérable** qui n'est pas inscrit auprès d'un médecin de famille et qui est référé **ou non** par le médecin coordonnateur dans le cadre du guichet d'accès du CSSS selon les modalités apparaissant ci-après.

2.00 MONTANT SUPPLÉMENTAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI D'UN PATIENT NON RÉFÉRÉ PAR UN GUICHET D'ACCÈS D'UN CSSS

2.01 Pour chaque patient non vulnérable qui n'a pas fait l'objet d'une priorisation et d'une référence par le guichet d'accès du CSSS, le montant supplémentaire est de 25 \$ en cabinet privé et de 20,75 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (r^o 1200) :*

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code d'acte 19954 dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient et sur la même demande de paiement.*

2.02 Pour chaque patient vulnérable qui n'a pas fait l'objet d'une priorisation et d'une référence par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 52 \$ en cabinet privé et de 43,15 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (r^o 1200) :*

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*

- le code d'acte **19955** dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;
- le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient et sur la même demande de paiement.

3.00 MONTANT SUPPLÉMENTAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI D'UN PATIENT RÉFÉRÉ PAR UN GUICHET D'ACCÈS D'UN CSSS

3.01 Pour chaque patient non vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 100 \$ en cabinet privé et de 83 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (r^o 1200) :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19952** dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;
- inscrire dans la case C.S. la lettre « **A** »;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :
 - **N^o CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)
 - **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N^o séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;
- le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.

3.02 Pour chaque patient vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 208,60 \$ en cabinet privé et de 173,80 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (r^o 1200) :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19951** dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;
- inscrire dans la case C.S. la lettre « **A** »;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :
 - **N^o CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)
 - **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N^o séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;
- le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.

3.03 Pour chaque patient vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant est de 250 \$ en cabinet privé et de 207,50 \$ en CLSC ou en établissement dans l'un des cas suivants :

- le patient présente un ou des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3 de cette entente particulière;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de l'entente particulière susmentionnée.

Le montant supplémentaire prévu par la présente disposition est payable lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (r^f 1200) :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19956** dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;
- inscrire dans la case C.S. la lettre « A »;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :
 - **N° CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)
 - **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N° séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;
- le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.

3.04 Les montants supplémentaires prévus aux paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03, associés à la prise en charge et au suivi d'un patient référé par un guichet, ne peuvent être octroyés à un médecin qui a lui-même ou par l'intermédiaire de son personnel, référé le patient au guichet d'accès (autoréférence). Ces montants supplémentaires sont payés uniquement au médecin qui accepte la prise en charge de patients sans médecin de famille priorisés et référés par le guichet d'accès. Conséquemment, le médecin coordonnateur et son personnel ne peuvent octroyer un numéro séquentiel pour un patient qui a fait l'objet d'une demande d'inscription et de référence par un médecin dans le cadre d'une autoréférence.

3.05 Un médecin coordonnateur ne peut référer sur la base d'une année civile plus de 150 patients à un médecin. Cette limite ne s'applique pas à un médecin au cours de ses quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1^{er} janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice. Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention.

Le médecin coordonnateur peut cesser de référer des patients à un médecin s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services auprès de la clientèle.

3.06 Le guichet d'accès d'un CSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère les informations suivantes :

- la date de référence;
- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les renseignements cliniques pertinents;
- le numéro séquentiel qu'il lui a attribué;
- ainsi que son numéro d'établissement.

Le guichet d'accès du CSSS doit conserver, en tout temps, ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

3.07 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 suivent 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.

3.08 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin, suite à une référence du coordonnateur du guichet, 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 médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Le médecin coordonnateur 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.

Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin, peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin auprès duquel il est inscrit.

4.00 DISPOSITIONS DIVERSES

4.01 Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription des clientèles énumérées 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 prévus aux articles 2.00 et 3.00 de la présente lettre d'entente.

4.02 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut faire aux parties les recommandations qu'il estime nécessaires face à toute situation qui pourrait lui être soumise en application de la présente lettre d'entente.

6.00 MISE EN VIGUEUR

6.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé _____

ce _____^e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec