



À l'intention des médecins omnipraticiens  
des coordonnateurs médicaux locaux

21 octobre 2015

## Amendement n° 140 – Modification à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

### Abolition des lettres d'entente n°s 245 et 246

La Régie vous présente l'*Amendement n° 140* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux de votre fédération. Cet amendement modifie l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40) (EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) et abolit les lettres d'entente n°s 245 et 246.

Cette nouvelle version de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle entre en vigueur le **1<sup>er</sup> novembre 2015**.

### Faits saillants

- Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille, en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- Création de quatre codes d'acte;
- Abolition des lettres d'entente n°s 245 et 246 et des codes d'acte afférents.

Le texte paraphé de l'*Amendement n° 140* est disponible à la [partie I](#) de l'infolettre.

## 1 EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

À compter du **1<sup>er</sup> novembre 2015**, l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est modifiée : le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille donnera lieu à un supplément.

Les modalités afférentes à cette mesure sont définies par l'ajout des paragraphes 4.12, 4.13 et 4.14 ainsi que par le remplacement de l'article 13.00. Le titre « Modalités générales » est également ajouté au-dessus du paragraphe 4.01.

Les prochaines sections de l'infolettre font état de ces changements ainsi que d'autres modifications apportées par l'*Amendement n° 140*.

---

## 2 Patient sans médecin de famille et suppléments

---

Le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille donne lieu à un supplément selon la situation du patient, le lieu où le service est rendu et s'il est référé ou non par le guichet d'accès d'un réseau local de santé et de services sociaux (RLSSS) d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (paragr. 4.12) :

- patient non vulnérable référé ou non par un guichet d'accès;
- patient vulnérable non référé;
- patient vulnérable référé;
- patient très vulnérable priorisé et référé.

### 2.1 Définition du patient sans médecin de famille

Le paragraphe 4.13 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle définit le patient sans médecin de famille comme étant un patient non inscrit auprès d'un autre médecin, ou qui répond à l'une des dispositions des paragraphes 12.03, 12.04 ou des paragraphes 13.05 à 13.08 inclusivement (voir la [partie I](#) de l'infolettre).

### 2.2 Suppléments

Les suppléments prévus (paragr. 4.12 et 13.01) sont payables lors de l'inscription, à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique fait par le médecin lui-même. Un tableau récapitulatif des suppléments par catégorie de patients et par lieu de suivi est présenté à la section 4 de l'infolettre.

Ce supplément est payable une seule fois par patient et par médecin (paragr. 4.14). Les instructions de facturation vous sont données à la section 4.1 de l'infolettre.

#### 2.2.1 Patient vulnérable ou non vulnérable référé ou non par un guichet d'accès

Voici les suppléments accordés pour un patient vulnérable ou non référé ou non par un guichet d'accès (paragr. 4.12) :

- A) 22,75 \$ en cabinet privé et 18,90 \$ en CLSC ou en établissement, lorsque le patient est **non vulnérable**, qu'il soit **référé ou non** par le guichet d'accès (code d'acte **19957**);
- B) 70 \$ en cabinet privé et 58,10 \$ en CLSC ou en établissement, lorsque le patient est **vulnérable mais non référé** par le guichet d'accès (code d'acte **19958**);
- C) 150 \$ en cabinet privé et 124,50 \$ en CLSC ou en établissement, lorsque le patient est **vulnérable et référé** par le guichet d'accès (code d'acte **19959**).

#### 2.2.2 Patient très vulnérable priorisé et référé par un guichet d'accès

Un supplément de 300 \$ en cabinet privé et de 248,95 \$ en CLSC ou en établissement est accordé au médecin qui accepte de prendre en charge un patient très vulnérable, priorisé et référé par le médecin coordonnateur d'un guichet d'accès (code d'acte **19960**).

Un patient est considéré comme très vulnérable lorsqu'il répond à l'une des conditions suivantes (paragr. 13.01) :

- le patient présente un ou des problèmes décrits au paragraphe 5.01 A) 1 de la présente entente particulière avec un des problèmes de santé décrits au paragraphe 5.01 A) 3 (association des codes de catégorie de problème de santé **1 et 11**);
- le patient présente un problème de santé décrit au paragraphe 5.01 F) (code de catégorie de problème de santé **6**).

### 2.3 Autoréférence

Les suppléments prévus pour tout patient vulnérable et référé par un guichet d'accès (paragr. 4.12 C)) ou très vulnérable et référé (paragr. 13.01) **ne peuvent être versés** à un médecin qui a, lui-même ou par l'intermédiaire de son personnel, référé le patient au guichet d'accès (autoréférence).

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.

#### Supplément pour le patient référé par un guichet d'accès

Pour avoir droit à l'un des suppléments prévus pour la prise en charge et le suivi d'un patient référé par un guichet d'accès, le médecin doit inscrire ce patient lors d'un examen ou d'une intervention clinique qui a lieu **la même date que la date de référence** autorisée par le guichet d'accès **ou à une date postérieure** à celle-ci. La date de référence retenue est celle indiquée par le guichet lors de la référence.

## 3 Responsabilités du médecin coordonnateur d'un guichet d'accès

Dans le cadre de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, les responsabilités du médecin coordonnateur d'un guichet d'accès d'un RLSS d'un CISSS ou d'un CIUSSS sont principalement décrites aux paragraphes 13.02, 13.04 et 13.05.

### 3.1 Référence de patients par le médecin coordonnateur

Un médecin coordonnateur ne peut référer plus de 150 patients à un médecin sur la base d'une année civile. Cependant, il peut soumettre au comité paritaire (article 32.00 de l'entente générale) toute situation particulière qu'il juge à propos.

Cette limite ne s'applique pas à un médecin au cours des quatre premières années de pratique. La première année de pratique d'un médecin est celle débutant le 1<sup>er</sup> janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice (paragr. 13.02).

Par exemple, pour le médecin ayant obtenu son permis d'exercice le 1<sup>er</sup> juillet 2015, la première année de pratique débute le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Le guichet pourra donc lui référer plus de 150 patients par année jusqu'au 31 décembre 2019.

Un 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 sa clientèle.

Les patients inscrits depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 à la suite d'une référence par le guichet d'accès, sans égard à la date de référence, **sont considérés** dans le calcul du maximum de 150 patients **pour l'année civile 2015**.

Le guichet d'accès du RLSSS du CISSS ou du CIUSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère l'information suivante (paragr. 13.04) :

- la date de référence;
- les éléments d'identité du patient;
- le numéro d'assurance maladie;
- les renseignements cliniques pertinents;
- le numéro séquentiel attribué;
- le numéro d'établissement et d'installation.

Le guichet d'accès du RLSSS du CISSS ou du CIUSSS doit conserver en tout temps ces renseignements ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

### 3.2 Changement de médecin à la demande du patient

Un patient déjà inscrit auprès d'un médecin à la suite d'une référence par le guichet d'accès peut s'adresser au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un second médecin pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services rendus par le premier médecin (paragr. 13.05).

Lorsque la référence date de moins de 12 mois, le médecin coordonnateur peut considérer ce patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu aux paragraphes 4.12 et 13.01. Le médecin coordonnateur en avise alors la Régie et celle-ci récupère la moitié du supplément facturé par le premier médecin.

De plus, tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique de son médecin peut, dans le cas où celui-ci n'assure pas de services à domicile, s'adresser au guichet d'accès pour demander à être inscrit auprès d'un autre médecin de famille.

Le médecin coordonnateur peut considérer ce patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément. 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.

### 3.3 Situations particulières – Admissibilité de la clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

La clientèle inscrite auprès d'un médecin peut devenir admissible aux fins du versement d'un supplément prévu aux paragraphes 4.12 et 13.01 dans certaines situations (paragr. 13.06 et 13.07).

Cependant, le patient demeure inscrit auprès de son médecin tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin et les dispositions des articles 11.00 et 12.00 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle s'appliquent.

À la demande du médecin coordonnateur ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins du Québec (CMQ), la clientèle inscrite auprès d'un médecin devient admissible aux fins du versement d'un supplément dans les cas suivants (paragr. 13.06 a) :

- le médecin a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
- le médecin est en invalidité totale depuis plus de 104 semaines;
- le médecin est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
- le médecin est en congé de maternité ou d'adoption pour plus de 104 semaines;
- le médecin déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le médecin coordonnateur, pour maintenir l'accessibilité des services;
- le médecin est radié temporairement par le CMQ pour plus de 104 semaines.

À la demande du médecin coordonnateur, la clientèle vulnérable inscrite auprès d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu aux paragraphes 4.12 et 13.01 dans les cas suivants (paragr. 13.06 b) :

- le médecin est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines, ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du médecin coordonnateur sur la base du diagnostic;
- le médecin fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle qu'en soit la durée.

À la demande du médecin lui-même, ou de son médecin coordonnateur, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément dans les cas suivants (paragr. 13.07) :

- le médecin prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
- le médecin est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
- le médecin réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Dans toutes les situations particulières précédemment décrites, la Régie avise le médecin que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu aux paragraphes 4.12 ou 13.01 paraîtra au registre des patients inscrits.

Le médecin coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin.

Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux mentionnés aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui le réinscrit ultérieurement.

## Réinscription d'un patient par un médecin qui revient à sa pratique initiale

Le médecin visé par l'un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.06 ou 13.07 qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient désinscrit postérieurement au 1<sup>er</sup> novembre 2011 ou devenu admissible aux fins du versement du supplément. Toutefois, des réserves s'appliquent (paragr. 13.08). Le médecin ne peut se prévaloir pour ce patient :

- des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente;
- des dispositions des paragraphes 4.12 et 13.01 (deuxième alinéa) avant une période de six ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité. Par exemple, le médecin qui revient à sa pratique initiale deux ans après avoir réorienté sa pratique ne pourrait bénéficier du forfait de prise en charge. Il sera admissible au forfait des paragraphes 4.12 et 13.01 **six ans après la date à laquelle il a réorienté sa pratique.**

La période de six ans susmentionnée **ne peut débuter avant le 1<sup>er</sup> juin 2013**. Cette date correspond à l'entrée en vigueur de la *Lettre d'entente n° 245* qui accordait un montant supplémentaire à un médecin à la suite de l'inscription d'un patient vulnérable ou non vulnérable non inscrit auprès d'un médecin de famille et référé ou non par le médecin coordonnateur d'un guichet d'accès de CSSS.

---

## 4 Rémunération

---

Voici un tableau récapitulatif des suppléments accordés lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille en vertu de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (paragr. 4.12 et 13.01).

Tableau des suppléments

Catégorie de patient	Code d'acte	Tarif en cabinet privé ou à domicile (\$)	Tarif en CLSC ou en établissement (\$)
patient non vulnérable référé ou non	19957	22,75	18,90
patient vulnérable non référé	19958	70,00	58,10
patient vulnérable référé	19959	150,00	124,50
patient très vulnérable priorisé et référé (catégories 1 et 11 ou catégorie 6)	19960	300,00	248,95

La Régie vous précise que :

- la rémunération versée en vertu de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale. Par conséquent, les honoraires des codes d'acte **19957**, **19958**, **19959** et **19960** ne sont pas cumulés dans le plafonnement trimestriel des gains de pratique du médecin;
- ces suppléments 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 suppléments prévus à l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

#### 4.1 Instructions de facturation

Les instructions de facturation complètes pour les codes d'acte **19957** à **19960** sont présentées à la [partie I](#) de l'infolettre.

#### Patient référé par le guichet d'accès d'un RLSSS d'un CISSS ou d'un CIUSSS

Les instructions de facturation ci-dessous doivent être suivies pour la facturation des codes d'acte **19957**, **19959** ou **19960** lors de la prise en charge et le suivi de la **clientèle référée** par le guichet d'accès d'un RLSSS d'un CISSS ou d'un CIUSSS :

Remplir la *Demande de paiement – Médecin* (1200) et **respecter** le libellé et l'ordre de présentation de l'exemple ci-dessous, **afin d'éviter tout refus de paiement**.

Inscrire les renseignements suivants dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* :

- le numéro du CSSS (94XXX);
- la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ);
- le numéro séquentiel attribué par le CSSS au patient sans médecin de famille.  
**Tout autre numéro que le numéro séquentiel attribué par le CSSS sera refusé.**

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ABCD 5662 0419		Régie de l'assurance maladie Québec												
DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 252 09/99	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES				
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			1	5	1	1	0	1	19959	1	0	0	1	124	50
	DATE DE NAISSANCE			ANNÉE	MOIS	EXPIRATION DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
	ADRESSE			1	5	1	1	0	1	08875	1	0	0	1	8	95
	INIT. NOM DU MÉDECIN			NUMÉRO			GROUPE			DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DISTANCE	
	PROFESSIONNEL RÉFÉRANT			SON NUMÉRO			ANNÉE			MOIS	JOUR	VISITES	CODE	NOMBRE		
	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES												
	No CSSS: 94000			Date réf.: 2015-11-01			No séq.: 12345									
	ÉTABLISSEMENT			DATE D'ENTRÉE			DATE DE SORTIE									
	CODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR									
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.												TOTAL		124	50	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE																

### Refus de paiement

Toute demande de paiement **ne respectant pas les instructions de facturation** susmentionnées, si elle concerne l'un des suppléments prévus pour l'inscription et le suivi d'un patient sans médecin de famille, vulnérable ou non, référé par le guichet d'accès d'un CSSS, **sera refusée** avec le message explicatif **381** :

**381** Il est obligatoire d'inscrire le numéro du CSSS valide (94XXX), la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué par le CSSS au patient sans médecin de famille dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Inscrire la lettre « **A** » dans la case *C.S.*

À la suite d'un tel refus, le médecin peut refacturer le supplément en remplissant une nouvelle demande de paiement en respectant les instructions de facturation.

Une demande en révision n'est pas possible dans cette situation.

La Régie pourra recevoir la facturation des codes d'acte **19957, 19958, 19959** et **19960** à compter du **1<sup>er</sup> novembre 2015**.

#### 4.2 Modification du message explicatif 884

Le message explicatif **884** est modifié ainsi :

**884** Au moment de l'inscription, le patient a un médecin de famille.

#### 4.3 Récupération du total ou d'une partie du supplément versé

Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, la Régie récupère la totalité du supplément à l'examen de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription d'un patient sans médecin de famille si, dans les 12 mois qui suivent la date d'inscription (paragr. 13.03) :

- le médecin modifie 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 90 jours suivant la date de cette modification;
- le médecin modifie, sur le 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 90 jours suivant la date de cette modification;
- le médecin prend sa retraite sans que cette décision découle d'un problème de santé subit ou d'une aggravation de son état de santé.

Lorsque le médecin modifie son lieu de pratique sur le plan géographique, seuls les suppléments versés pour l'inscription de patients dont il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge sont récupérés.

Dans les trois situations susmentionnées, les patients cessent d'être inscrits auprès du médecin à compter de la date de modification ou de cessation de pratique.



De plus, comme mentionné à la section 3.2 de l'infolettre, la Régie récupère la moitié du supplément facturé par un médecin lorsqu'un patient inscrit à la suite d'une référence par le guichet d'accès demande, dans les 12 mois suivant la référence, à être inscrit auprès d'un second médecin pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services rendus par le premier médecin (paragr. 13.05).

---

## 5 Abrogation des lettres d'entente n<sup>os</sup> 245 et 246

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

---

La *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 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* et la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 246 concernant le suivi et le financement de la mesure relative à la prise en charge du patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS* sont abrogées à compter du **31 octobre 2015**.

Par conséquent, les codes d'acte **19951, 19952, 19954, 19955 et 19956** sont abolis à cette même date.

Toutefois, les références effectuées par le médecin coordonnateur **avant le 1<sup>er</sup> novembre 2015** demeurent valables.

---

## 6 Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficience

---

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *ENTENTE*

---

Le deuxième alinéa du paragraphe 1.06 de l'*Annexe XXI Reconnaissance de l'efficience* est abrogé :

« Cette modalité s'applique également aux suppléments versés en vertu de la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 245* ».

---

## 7 Entente de principe sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne

---

L'entente de principe convenue entre votre fédération et le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne est modifiée en remplaçant le troisième alinéa de l'article 1 (annexe 1) par le suivant :

« La population totale du Québec ou des régions socio-sanitaires est celle déterminée en fonction des personnes inscrites et admissibles au régime d'assurance maladie du Québec. »

---

## 8 Modification du formulaire 4205

---

Le formulaire *Admissibilité de ma clientèle aux dispositions de la Lettre d'entente n<sup>o</sup> 245 (4205)* est modifié en concordance avec les nouvelles modalités de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Vous pouvez voir la nouvelle version du formulaire *Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205)* sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels) sous *Formulaires* dans votre profession.

---

## 9 Service en ligne de la Régie – Inscription de la clientèle

---

Le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* sera modifié pour refléter les dispositions de l'*Amendement n<sup>o</sup> 140*. Toute référence à la *Lettre d'entente n<sup>o</sup> 245* sera retirée ou remplacée par une référence à l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Vous pouvez accéder aux services en ligne de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel](http://www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel), ou par la zone d'accès aux services en ligne dans le menu de droite de votre profession.

Si ce n'est déjà fait, vous pouvez vous inscrire aux services en ligne de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel](http://www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel) ou en communiquant avec le Centre d'assistance aux professionnels :

Région de Québec : 418 643-8210  
Région de Montréal : 514 873-3480  
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776



Entrez votre numéro de professionnel et faites le 1 pour les services en ligne.

Courriel : [sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

---

## 10 Document de référence

---

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 140*

## Texte paraphé de l'Amendement n° 140

à l'entente générale du 1<sup>er</sup> septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée en abrogeant au sous-paragraphe 1.06 de l'annexe XXI le deuxième alinéa qui se lit comme suit : « Cette modalité s'applique également aux suppléments versés en vertu de la Lettre d'entente n° 245 ».
2. 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 modifiant le paragraphe 4.00 de la façon suivante :

- a) En ajoutant le titre « Modalités générales » au-dessus du sous-paragraphe 4.01.
- b) En ajoutant le titre et les sous-paragraphe suivants :

« Modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

4.12 En regard de la complexité des activités professionnelles requises du médecin pour prendre connaissance du dossier médical antérieur, des antécédents personnels et familiaux, de la validation et de la mise à jour du profil pharmacologique incluant les interactions médicamenteuses ainsi que la planification et de l'instauration du suivi longitudinal interdisciplinaire pertinent, le premier examen ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge du patient sans médecin de famille selon la définition paraissant au sous-paragraphe 4.13 ci-dessous donne lieu à un des suppléments suivants :

A) 22,75 \$ en cabinet privé et 18,90 \$ en CLSC ou en établissement lorsque le patient est non vulnérable;

**AVIS :** Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte 19957 dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.

**Si le patient est référé par un guichet d'accès :**

- la lettre « A » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, dans l'ordre suivant :

- • **No CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)
- • **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)
- • **No séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CSSS

*Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement **la même date** que l'examen ou l'intervention clinique.*

- B) 70,00 \$ en cabinet privé et 58,10 \$ en CLSC ou en établissement lorsque le patient est vulnérable mais non référé par le guichet d'accès du réseau local de santé et de services sociaux du CISSS ou du CIUSSS;

**AVIS** : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19958** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.

*Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement **la même date** que l'examen ou l'intervention clinique.*

- C) 150,00 \$ en cabinet privé et 124,50 \$ en CLSC ou en établissement lorsque le patient est vulnérable et référé par le guichet d'accès du réseau local de santé et de services sociaux (RLSS) du CISSS ou du CIUSSS;

**AVIS** : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19959** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas;
- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, dans l'ordre suivant :

• **No CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)

• **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)

• **No séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CSSS

*Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement **la même date** que l'examen ou l'intervention clinique.*

4.13 Est considéré comme un patient sans médecin de famille le patient non inscrit auprès d'un autre médecin ou qui répond à une des dispositions des sous-paragraphes 12.03, 12.04 ainsi que 13.05 à 13.08 inclusivement.

4.14 Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par patient et par médecin.

B) En remplaçant le paragraphe 13.00 par le suivant :

« 13.00 Modalités spécifiques à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

13.01 Les suppléments prévus au paragraphe 4.12 C) et ci-dessous ne peuvent être versés à un médecin qui a, lui-même ou par l'intermédiaire de son personnel, référé le patient au guichet d'accès (autoréférence). Ces suppléments sont versés pour la prise en charge d'un patient sans médecin de famille priorisé et référé 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.

Aux fins de l'application de la présente disposition, un supplément de 300,00 \$ en cabinet privé et de 248,95 \$ en CLSC ou en établissement associé à la catégorie de patients très vulnérables peut être accordé, lorsque priorisé par le médecin coordonnateur, et ce, à la condition que le patient alors référé par le guichet d'accès présente un ou des problèmes de santé ci-après décrits :

- le patient présente un ou des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de la présente entente avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de la présente entente particulière.

**AVIS :** Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19960** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas;
- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, dans l'ordre suivant :

• **No CSSS** : le numéro du CSSS (94XXX)

• **Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)

• **No séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CSSS

*Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement la même date que l'examen ou l'intervention clinique.*

13.02 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 des quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1<sup>er</sup> janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice.

Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention. Un 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.

13.03 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 totalité du supplément à l'examen de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze mois qui suivent la date d'inscription d'un patient :

i) 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;

ii) 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 jours suivant la date de cette modification;

iii) 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.

13.04 Le guichet d'accès du RLSSS du CISSS ou, selon le cas, du CIUSSS, 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 et d'installation.

Le guichet d'accès du RLSSS du CISSS ou, selon le cas, du CIUSSS doit conserver, en tout temps ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

13.05 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin, suite à une référence du guichet d'accès 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 aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du supplément réclamé 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 n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au guichet d'accès 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 aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus. 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.

13.06 Sur demande du coordonnateur médical ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins,

- a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus dans les cas suivants :
  - i) le médecin a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
  - ii) le médecin auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;
  - iii) le médecin est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
  - iv) le médecin est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;
  - v) le médecin déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;
  - vi) le médecin est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines. »
- b) la clientèle vulnérable inscrite d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus dans les cas suivants :
  - i) le médecin est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du coordonnateur médical local sur la base du diagnostic;
  - ii) le médecin fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle que soit la durée.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin, le patient demeure inscrit auprès de son médecin et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie avise le médecin que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus apparaîtra au registre des patients inscrits.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin.

Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux apparaissant aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui le réinscrit ultérieurement.

**AVIS :** *Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé – Gestion de l'indicateur.*

*Pour informer la Régie de son retour à la pratique, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).*

*Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels) sous Formulaires dans votre profession.*

**13.07** Sur demande du médecin lui-même auprès de la RAMQ et/ou de son coordonnateur de guichet, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus dans les cas suivants :

- i) le médecin prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
- ii) le médecin est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
- iii) le médecin réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin, le patient demeure inscrit auprès de son médecin et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.

La Régie indique au registre des patients inscrits que les patients du médecin concerné sont admissibles aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus.

Le coordonnateur, ou le médecin lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin.

**AVIS :** *Pour informer la Régie, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (4205) et le faire parvenir à la Régie (voir l'annexe VII de la présente entente).*



Le formulaire 4205 est disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels) sous Formulaires dans votre profession.

Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé – Gestion de l'indicateur.

13.08 Le médecin visé par un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.06 et 13.07 et qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient précédemment inscrit à son nom et qui a fait l'objet d'une procédure de désinscription postérieurement au 1<sup>er</sup> novembre 2011 ou d'une procédure d'admissibilité aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus selon les dispositions des paragraphes ci-dessus. Toutefois, les réserves suivantes s'appliquent :

- le médecin ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente; il ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus, avant une période de six (6) ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité . »

C) En remplaçant à l'annexe VII les termes « de la Lettre d'entente n° 245 » par « du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa de la présente entente particulière ».

2. La Lettre d'entente n° 245 et la Lettre d'entente n° 246 sont abrogées à compter du 31 octobre 2015.

3. L'Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne est modifiée en remplaçant à son annexe I le troisième alinéa de l'article 1 par le suivant :

« La population totale du Québec ou des régions socio-sanitaires est celle déterminée en fonction des personnes inscrites et admissibles au régime d'assurance maladie du Québec. »

3. Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2015. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2015.

\_\_\_\_\_  
GAÉTAN BARRETTE  
Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

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