



Abolition de la vulnérabilité sur la base de l'âge, modification du forfait annuel de prise en charge, instructions pour le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an et rappel sur le forfait de responsabilité

Amendement n° 151

Comme annoncé dans l'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016, les dispositions des paragraphes 5 C) et 5 D) de l'*Amendement n° 151* instaurant la nouvelle nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC entrent en vigueur le **1^{er} novembre 2016**.

À compter de cette date, seul le patient, quel que soit son âge, pour lequel une catégorie de problème de santé est identifiée est considéré comme patient vulnérable. De ce fait, une personne âgée de 70 ans et plus sans problème de santé n'est plus considérée comme vulnérable.

De plus, les montants de base du forfait annuel de prise en charge en cabinet et en installation sont majorés et la répartition selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé se fait désormais en quatre groupes de vulnérabilité.

Cette infolettre présente également des instructions au médecin détenant son permis de pratique depuis moins d'un an ainsi qu'un rappel des instructions de facturation en ce qui a trait au forfait de responsabilité.

1 Abolition de la vulnérabilité sur la base de l'âge (paragr. 5 C))

Jusqu'au 31 octobre 2016, le patient âgé de 70 ans et plus est toujours considéré comme vulnérable pour le médecin auprès duquel il est inscrit ou pour un médecin du groupe, même s'il ne présente pas de problème de santé. Pour les services rendus à ce patient, vous devez donc, jusqu'à cette date, continuer à utiliser les codes de facturation pour le patient **vulnérable**.

À compter du **1^{er} novembre 2016**, le paragraphe 5.02 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40) est **supprimé**, abolissant de ce fait la vulnérabilité sur la base de l'âge. Ainsi, seul le patient, quel que soit son âge, pour lequel une catégorie de problème de santé est identifiée est considéré comme patient vulnérable.

Pour les services rendus au patient de 70 ans et plus qui ne présente pas de problème de santé, vous devez donc, à partir de cette date, utiliser les codes de facturation pour le patient **non vulnérable**. Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin auprès duquel ce patient est inscrit, selon les dispositions prévues au paragraphe 6.01 E) de l'entente particulière.

Le paiement du forfait annuel de prise en charge est calculé mensuellement par la Régie et versé trimestriellement. En conséquence, pour le trimestre du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016, ce forfait sera payé pour **octobre seulement** pour le patient de 70 ans et plus ne présentant pas de problème de santé. Le versement pour ce trimestre s'effectuera au début de l'année 2017.

Plafond trimestriel

Le médecin pour qui l'abolition de la vulnérabilité sur la base de l'âge a pour effet de réduire à **moins de 200** le total de ses patients vulnérables et enfants, comme spécifié au sous-paragraphe 5.3 1) de l'annexe IX, doit s'assurer d'inscrire de nouveaux patients dans ces catégories **d'ici le 31 décembre 2016** pour que sa rémunération demeure exclue du calcul de son revenu brut pour les quatre trimestres débutant le **1^{er} mars 2017**.

2 Forfait annuel de prise en charge et tarif selon la catégorie de problème de santé (paragr. 5 D))

À compter du **1^{er} novembre 2016**, le paragraphe 6.01 *Forfait annuel de prise en charge* de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n^o 40) est modifié.

Le paragraphe 6.01 A) est remplacé. Les montants de base du forfait annuel de prise en charge en cabinet et en installation sont majorés et la répartition selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé, comme prévu au paragraphe 5.01 de l'entente particulière, se fait en quatre groupes de vulnérabilité :

- **Groupe I** : le patient est identifié à une seule catégorie de problème de santé. Les tarifs sont de 100 % du tarif de base;
- **Groupe II** : le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 150 % du tarif de base;
- **Groupe III** : le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 200 % du tarif de base;
- **Groupe IV** : le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Les tarifs sont majorés à 200 % du tarif de base.

Les tarifs pour les groupes I à IV sont :

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Installation CLSC/UMF (GMF ou non)
	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)	À compter du 1 ^{er} novembre 2016 (\$)
Groupe I	59,80	44,95
Groupe II	89,70	67,45
Groupe III	119,60	89,90
Groupe IV	119,60	89,90

Le paragraphe 6.01 E) est remplacé pour correspondre à la suppression du paragraphe 5.02 de l'entente particulière. Le premier alinéa du paragraphe 6.01 H) est également remplacé en concordance avec la nouvelle répartition des groupes de vulnérabilité.

3 Médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an (sous-paragr. 1 A) vii) a))

Conformément aux dispositions introduites par l'*Amendement n° 151* sur la nouvelle nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an peut se prévaloir de la tarification bonifiée pour un maximum de quatre trimestres complets à la suite de l'obtention de son permis de pratique.

Pour ce faire, ce médecin doit **s'engager auprès de son département régional de médecine générale (DRMG)** à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients au terme de quatre trimestres complétés depuis l'obtention de son permis. Il doit aussi informer la Régie de la date de son engagement pour bénéficier de ce traitement (voir la section Lettre d'engagement auprès du DRMG ci-dessous). Cette date correspond à celle de la communication de l'engagement au DRMG ou, pour une date postérieure à cette communication, à celle précisée par le médecin dans son engagement.

Vous pouvez consulter l'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016 pour plus d'information à ce sujet.

Pour connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, vous pouvez consulter le service en ligne de la Régie *Mon dossier* sous *Profil* de l'encadré Renseignements personnels.

Le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification* disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* précise le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin par trimestre et la date à laquelle le médecin ne peut plus se prévaloir de la tarification bonifiée s'il ne respecte pas son engagement.

La tarification applicable après le quatrième trimestre complet suivant la date d'obtention du permis de pratique est fonction du nombre de patients inscrits lors de l'évaluation effectuée par la Régie le premier jour du mois qui précède le début du 5^e trimestre.

Lettre d'engagement auprès du DRMG

Afin de démontrer cet engagement auprès de son DRMG, le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an doit acheminer à la Régie une lettre précisant son nom, son prénom et son numéro de pratique **ainsi que la date à partir de laquelle il s'engage** auprès de son DRMG.

Par courrier

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

Par télécopieur

418 646-8110

Par la suite, le médecin doit facturer la tarification bonifiée prévue dans la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, et ce, à partir de la **date de début de son engagement**, puisqu'à partir de cette date, la facturation de la tarification régulière sera refusée.

Avant cette date, le médecin doit utiliser la tarification régulière (non bonifiée).

La Régie constate que certains médecins omettent d'inscrire la date de leur engagement dans la lettre. Pour prévenir cette situation, un **exemple** de lettre est présenté à la [partie I](#) de l'infolettre.

Engagement auprès de votre DRMG

À partir du **1^{er} octobre 2016**, le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an qui s'engage auprès de son DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients au terme de quatre trimestres complétés depuis l'obtention de son permis dispose de **90 jours**, à partir de la date de son engagement, pour en aviser la Régie par lettre, à défaut de quoi la facturation de la tarification bonifiée sera refusée.

La Régie vous recommande de transmettre cette lettre **dès que possible**. D'ici quelques semaines, le délai de 90 jours ne s'appliquera plus et la Régie devra avoir traité la lettre d'engagement pour que le médecin puisse facturer ses services au tarif bonifié.

4 Forfait de responsabilité – Rappel des instructions de facturation (paragr. 5 E))

La Régie vous rappelle que les dispositions introduites par l'*Amendement n^o 151*, en vigueur depuis le **1^{er} juin 2016**, modifient certaines modalités relatives au forfait de responsabilité (paragr. 6.02 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n^o 40)).

Le forfait de responsabilité (codes d'acte **15169**, **15170** et **15171**) **ne peut être facturé avec les services spécifiés au paragraphe 2.2.6 A du préambule général**, son tarif étant désormais intégré aux tarifs prévus pour le patient vulnérable.

Ces tarifs peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient est inscrit (médecin traitant) ou, pour certaines de ces visites, par un médecin du groupe, conformément au paragraphe 6.02 C).

Le forfait de responsabilité de 10,15 \$ en cabinet et de 7,85 \$ en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC **demeure payable** en plus des actes lorsque la nomenclature de l'acte ne prévoit pas de tarif spécifique pour le patient vulnérable, notamment :

En CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC :

- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;
- pour le médecin rémunéré selon le mode mixte en UMF, durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite, ou avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

En cabinet :

- avec un acte diagnostique et thérapeutique incluant l'examen ou la visite, ou avec une chirurgie dont le tarif est de 57 \$ ou plus;
- avec une intervention clinique ou une psychothérapie individuelle.

En complément d'information, la Régie vous invite à consulter le [tableau synthèse Facturation du forfait et des suppléments prévus à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle \(n° 40\)](#) disponible dans le tableau *Tarif de la visite pour le patient vulnérable et forfait de responsabilité* de la section *Forfaits et suppléments* sous la rubrique *Inscription de la clientèle*.

5 Changements administratifs

- ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*
- ◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *MESSAGES EXPLICATIFS*

5.1 Pour le médecin qui n'a pas migré vers la nouvelle facturation à l'acte

- À l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (n° 40) :
 - sous le paragraphe 4.03, le deuxième avis est modifié :

AVIS : *Hors GMF*

Pour inscrire un patient non vulnérable, consulter les directives et remplir le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096) disponible sous Formulaires dans la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Conserver l'original signé par les deux parties.

Remettre une copie à la personne assurée.

Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie.

Le document d'aide à la décision Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) doit également être remis à la personne assurée.

[...] dans la case CODE, inscrire le code d'acte 99800 pour la clientèle non vulnérable âgée de 69 ans ou moins ou le code d'acte 99509 pour la clientèle non vulnérable de 70 ans ou plus; [...]

Pour inscrire un patient vulnérable, voir l'avis sous le paragraphe 5.01.

- sous le paragraphe 4.05, l'avis est modifié :

AVIS : *Aucune facturation du forfait d'inscription n'est nécessaire. Le caractère actif du patient inscrit auprès d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire peut être maintenu par la facturation, au cours de l'année civile, de l'un des forfaits prévus à la présente entente particulière ou à celle relative aux groupes de médecine de famille, s'il y a lieu.*

Le patient inscrit avant le 31 décembre 2015 est présumé actif jusqu'à la fin de 2017.

Le médecin doit enregistrer les renseignements relatifs aux services rendus par le service en ligne Gestion des consultations pour maintenir le caractère actif au-delà de 2017.

- sous le paragraphe 5.02, l'avis est modifié et déplacé sous le paragraphe 5.01 :

AVIS : *Hors GMF*

*Pour inscrire un patient **vulnérable**, consulter les directives et remplir le Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (4096) disponible sous Formulaires dans la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.*

Conserver l'original signé par les deux parties.

Remettre une copie à la personne assurée.

Transmettre l'inscription en utilisant le service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la Régie. [...]

- sous le paragraphe 6.01 A), l'avis est retiré.
- sous le paragraphe 6.01 D), l'avis suivant est ajouté :

AVIS : *Hors GMF*

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un CLSC ou dans une UMF-CH hors GMF doit inscrire au registre Gestion des consultations de la Régie, les visites des patients inscrits auprès de lui ou d'un médecin de son groupe de pratique au cours d'une année civile ou facturer le forfait de responsabilité. L'inscription au registre ou la facturation de ce forfait permet notamment de conserver le caractère actif de ces patients.

- sous le paragraphe 8.01 A), la référence au paragraphe 5.02 est modifiée pour 5.01, puisque l'avis y est déplacé :

*[...] Pour les deux types de pratique, si l'enfant âgé de 0 à 5 ans présente les conditions d'un des états pathologiques décrits au **paragraphe 5.01** de la présente entente particulière, voir l'avis relatif à ce paragraphe. [...]*

- Le message explicatif **947** est modifié :

947 Aucun autre service ne peut être facturé sur la demande de paiement 1200 sur laquelle figure un code relatif à la clientèle vulnérable ou à l'inscription de la personne assurée.

5.2 Pour le médecin qui a migré vers la nouvelle facturation à l'acte

À l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) :

- sous le paragraphe 4.03, le premier avis est modifié et le deuxième avis est supprimé :

AVIS : *Consulter les directives et remplir le [Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille](#) (4096).*

- sous le paragraphe 5.02, l'avis est modifié et déplacé sous le paragraphe 5.01 :

AVIS : *Consulter les directives et remplir le [Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille](#) (4096). (tableau des catégories de problèmes de santé)*

Modification de l'état de santé de la personne assurée

*Lorsque, lors de son inscription initiale, la personne assurée ne présentait aucun des états pathologiques visés par la présente entente particulière et que lors d'une visite, d'une intervention clinique ou d'une psychothérapie, un diagnostic de problème de santé correspondant à une des catégories 1 à 19 lui est attribué, le médecin **doit modifier cette inscription**.*

Consulter la section [Modification ou rétablissement d'une inscription ou désinscription de ma clientèle](#) de la rubrique Inscription de la clientèle.

Modification du lieu de suivi de la clientèle

Pour inscrire une personne assurée en GMF lorsqu'elle est déjà inscrite hors GMF dans le cadre de la présente entente particulière, le médecin **doit modifier son lieu de suivi**.

Le médecin doit informer la Régie dans les 90 jours suivant tout changement relatif au lieu de suivi de sa clientèle. Ce lieu doit correspondre à celui de sa facturation afin d'éviter un refus de paiement. Consulter la rubrique [Je change de lieu de pratique](#).

- sous le paragraphe 6.01 A), l'avis est retiré.
- sous le paragraphe 8.01 A), l'avis est modifié :

AVIS : Utiliser le code de facturation **08877**.

La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'intervention clinique.

Consulter les directives et remplir le [Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille \(4096\)](#).

Le médecin doit informer la Régie dans les 90 jours suivant tout changement relatif au lieu de suivi de sa clientèle. Ce lieu doit correspondre à celui de sa facturation afin d'éviter un refus de paiement. Consulter la rubrique [Je change de lieu de pratique](#).

6 Services en ligne de la Régie

Vous pouvez accéder ou vous inscrire aux services en ligne de la Régie par la zone d'accès *Services en ligne* de la section réservée à votre profession au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Pour toute question sur les services en ligne ou pour vous y inscrire, vous pouvez également communiquer 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



Après avoir établi votre identité,
faites le 1 pour les services en ligne.

✉ sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

7 Document de référence

[Partie I](#) Exemple de lettre d'engagement auprès du DRMG
(médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an)

Votre facturation à l'acte A CHANGÉ!

**Une nouvelle approche pour une
FACTURATION À L'ACTE SIMPLIFIÉE**

Vous avez des questions sur le déploiement de votre développeur de logiciels qui doit effectuer votre migration avant le 31 décembre 2016...



Consultez la [liste des développeurs de logiciels](#) et l'indicateur d'avancement du déploiement dans la section « Facturation à l'acte simplifiée ».

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

Exemple de lettre d'engagement auprès du DRMG pour le médecin détenant un permis de pratique depuis moins d'un an

Date de la lettre

Je __PRÉNOM, NOM DE FAMILLE et NUMÉRO DE PRATIQUE (du médecin)___ confirme avoir pris un engagement auprès de mon département régional de médecine générale le _____DATE à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits au terme de quatre trimestres complétés suivant la date d'obtention de mon permis de pratique. Cette date correspond à celle de la communication de mon engagement au DRMG ou, pour une date postérieure à cette communication, à celle précisée dans mon engagement.

La tarification applicable à compter du 5^e trimestre suivant la date d'obtention du permis de pratique est fonction du nombre de patients inscrits dont les données ont été transmises à la Régie le premier jour du mois précédant le début du trimestre. Je devrai donc compter 500 patients inscrits pour continuer à me prévaloir de la tarification bonifiée prévue à la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC au terme de la période de quatre trimestres complétés suivant la date d'obtention de mon permis de pratique.

Signature du médecin