



À l'intention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 156

La Régie vous présente les principaux changements apportés à votre entente par l'*Amendement n° 156* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Les dispositions présentées dans cette infolettre prennent effet à des dates différentes.

Faits saillants

Dans cette infolettre, nous traiterons de modifications apportées à :

- l'annexe V de l'entente générale (**1^{er} juin 2016** et **1^{er} janvier 2017**);
- l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) (**1^{er} juillet 2017**);
- l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* (42) (**1^{er} janvier 2017**);
- l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (51) (**1^{er} juin 2017**).

Nous traiterons également d'une nouvelle lettre d'entente :

- la *Lettre d'entente n° 304* concernant le transfert pour prise en charge en bloc et suivi auprès d'un autre médecin de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou décède (**1^{er} février 2017** et **31 mars 2017**).

Sommaire

1	Annexe V	2
2	EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle ..	4
3	Annexe XXIII et EP 42 – Médecin enseignant	5
4	EP 51 – Activités médicales particulières (AMP)	6
5	Lettre d'entente n° 304 – Transfert pour prise en charge en bloc et suivi auprès d'un autre médecin de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou décède	7

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

1 Annexe V

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Vous pouvez consulter les règles particulières de rémunération et les avis administratifs afférents dans l'onglet [A – Préambule général](#) du *Manuel des médecins omnipraticiens*.

1.1 Services réservés au médecin traitant

Le quatrième alinéa du paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général et le deuxième alinéa du paragraphe 2.2.6 A b) i) sont remplacés. Dorénavant, le médecin qui supervise un ou des résidents en UMF et qui voit un patient qui est suivi par un résident et qui est inscrit auprès d'un autre médecin du groupe de pratique de l'UMF peut se prévaloir, s'il rencontre les conditions spécifiques, de certaines visites qui étaient auparavant réservées au médecin traitant. Ce changement entre en vigueur le **1^{er} janvier 2017**.

1.1.1 Visite de suivi d'un patient inscrit, visite périodique pédiatrique et visite périodique d'un patient vulnérable

Lorsque la visite de suivi du patient inscrit, la visite périodique pédiatrique ou la visite périodique du patient vulnérable en UMF d'un patient suivi par un résident est faite dans le cadre d'un rendez-vous ou d'une pratique d'accès adapté auprès d'un patient inscrit auprès d'un médecin du **même groupe** de pratique que le médecin traitant (comme défini au paragraphe 6.02 C) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle), ce médecin peut se prévaloir des actes réservés au médecin traitant :

- Si le médecin traitant interrompt ses activités pour treize semaines consécutives ou plus, pour un congé de maternité ou d'adoption ou pour une invalidité totale.
Les visites permises pour les médecins du groupe sont :
 - La visite de suivi du patient inscrit;
 - La visite périodique pédiatrique.
- S'il supervise, en UMF, un ou des résidents dont le patient suivi et évalué par le résident est inscrit auprès d'un autre médecin du groupe UMF (paragr. 5.01 et 5.02 de l'EP 42 – Médecin enseignant).
Les visites permises pour le médecin qui supervise en UMF sont :
 - La visite de suivi du patient inscrit;
 - La visite périodique pédiatrique;
 - La visite périodique du patient vulnérable.

Lors de la facturation, le médecin doit inscrire le numéro du résident. S'il ne le connaît pas, il doit inscrire son prénom et son nom et préciser qu'il s'agit d'un résident.

La Régie est prête à recevoir votre facturation. Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour modifier la facturation déjà transmise, s'il y a lieu, et facturer à nouveau les services rendus.

1.2 Tarification bonifiée

Le sixième alinéa du paragraphe 2.2.6 A a) du préambule général est remplacé. Ce changement entre en vigueur le **1^{er} juin 2016**.

Le médecin qui a un permis de pratique depuis moins d'un an et qui prend l'engagement auprès de son Département régional de médecine générale (DRMG) d'effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients peut se prévaloir de la tarification bonifiée pendant quatre trimestres complets suivant la date d'obtention de son permis. Par la suite, il doit compter au moins 500 patients inscrits pour continuer de se prévaloir de la tarification bonifiée.

Si le médecin, pendant sa période d'engagement, s'absente pour un **congé de maternité**, peu importe la durée, ou pour une **invalidité totale temporaire de plus de treize semaines consécutives**, il peut, à compter de sa date de retour, continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, et ce, pour le nombre de semaines qu'il lui restait à la date de son départ afin de compléter ses quatre trimestres. Les semaines incomplètes sont calculées proportionnellement au nombre de jours.

Outre le cas d'une prolongation en raison d'un congé de maternité ou une invalidité totale temporaire, 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.

Par exemple, le médecin qui obtient son permis de pratique le 2 janvier 2017 et s'engage auprès de son DRMG à compter du 15 janvier 2017 est admissible à la tarification bonifiée jusqu'au 31 mars 2018. S'il s'absente pour un congé de maternité du 16 avril 2017 au 7 avril 2018, la date de fin des quatre trimestres complets sera ajustée pour tenir compte du fait que sa période d'accès à la tarification bonifiée a été réduite de 50 semaines.

À son retour, le 8 avril 2018, le médecin pourra se prévaloir de la tarification bonifiée, et ce, jusqu'au 24 mars 2019. La période d'application de la tarification bonifiée est prolongée de 50 semaines, correspondant au nombre de semaines qu'il lui restait à son départ afin de compléter ses quatre trimestres.

Afin de se prévaloir de la tarification bonifiée à compter du 25 mars 2019, ce médecin devra compter 500 patients inscrits à son nom au 1^{er} décembre 2018. Si le minimum requis n'est pas atteint, le médecin devra utiliser la tarification régulière (non bonifiée).

Le médecin doit informer la Régie, par lettre, des dates de début et de fin de son congé de maternité ou de sa période d'invalidité. Dans le cas d'une invalidité totale, le médecin doit en plus fournir un certificat médical justifiant son absence.

Le médecin doit informer la Régie de **toute modification** relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou une invalidité.

Pour le médecin qui, au 1^{er} juin 2016, était dans sa première année de pratique, qui a depuis pris un engagement auprès de son DRMG et qui a été en congé de maternité ou en invalidité, la date de fin d'admissibilité à la tarification bonifiée, qui figure sur le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification*, disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*, sera recalculée, et ce, dès que le médecin aura informé la Régie de la période de son congé de maternité ou de son invalidité.

Le médecin qui a déjà informé la Régie de la période de son congé de maternité ou de son invalidité verra sa date de fin d'admissibilité à la tarification bonifiée recalculée au rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification*.

1.3 Communication avec un médecin spécialiste et avec d'autres professionnels de la santé

Le troisième alinéa des paragraphes 2.2.6 A c) 13) et 2.2.6 A c) 14) est remplacé. Ce changement entre en vigueur le **1^{er} janvier 2017**.

Le médecin qui détient un permis de pratique du Collège des médecins du Québec depuis 35 ans ou plus et qui effectue la prise en charge et le suivi de la clientèle peut dorénavant se prévaloir des actes de communication avec un médecin spécialiste et avec d'autres professionnels de la santé s'il compte entre 250 et 500 patients inscrits auprès de lui au 1^{er} jour du mois qui précède chaque trimestre d'application. Il peut facturer un maximum de 7 forfaits par trimestre.

Lors de la facturation, le médecin doit :

- utiliser le code de facturation **15841** (actes de communication **avec un médecin spécialiste**);
- utiliser le code de facturation **15844** (actes de communication **avec d'autres professionnels de la santé**);
- indiquer le numéro du professionnel avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession;
- inscrire les informations d'identification du patient ainsi que du lieu, du cabinet, du CLSC ou de l'UMF où la communication a été effectuée.

La Régie est prête à recevoir votre facturation. Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus.

2 EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N^o 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

La Régie vous informe que des modifications sont faites aux libellés des codes de catégories de problèmes de santé. Ces changements entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2017**.

Vous serez informé des nouveaux codes de catégories de problèmes de santé, des changements apportés aux libellés de ces catégories et des actions à prendre pour maintenir le statut de vos patients vulnérables inscrits sous les anciens codes dans une prochaine infolettre.

Les modifications apportées au paragraphe 15.06 concernant le calcul du taux d'assiduité pouvant donner droit au supplément au volume de patients inscrits, entrées en vigueur le **1^{er} janvier 2017**, feront également l'objet d'une infolettre spécifique.

3 Annexe XXIII et EP 42 – Médecin enseignant

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Vous pouvez consulter l'[annexe XXIII](#) et l'[EP 42 – Médecin enseignant](#) et les avis administratifs afférents dans la *Brochure n° 1*.

3.1 Acte d'intervention de supervision en soirée

Avec l'*Amendement n° 154*, en UMF-CLSC ou CH, la facturation de l'acte d'intervention de supervision n'était plus permise en soirée. **Depuis le 1^{er} janvier 2017**, le médecin peut de nouveau facturer l'acte d'intervention de supervision pendant la plage horaire du soir (de 18 h à 24 h), et ce, pour un maximum de 3,5 heures. Lors de la facturation, le médecin rémunéré selon le mode mixte dans une UMF-CLSC ou CH doit utiliser le code de facturation **42098** et préciser la durée ainsi que l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention de supervision.

De plus, la facturation de l'acte d'intervention de supervision en soirée est désormais possible en UMF-cabinet (section III de l'EP 42 – Médecin enseignant). Le médecin doit utiliser le code de facturation **19995** et préciser la durée ainsi que l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention de supervision.

Le médecin peut facturer un seul acte d'intervention de supervision par plage horaire, et ce, peu importe le nombre de résidents ou d'externes qu'il supervise.

Vous avez **90 jours** à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les services rendus depuis le 1^{er} janvier 2017, qu'ils n'aient pas encore été facturés ou qu'ils aient été refusés.

3.2 Facturation de l'acte d'intervention de supervision

En cabinet privé, lorsque le médecin facture l'acte d'intervention de supervision durant une plage horaire, tous les services rendus avec le concours d'un résident durant cette période sont couverts par cet acte et aucun autre service ne peut être facturé au cours de cette même période, à l'exception des forfaits et suppléments prévus à l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, s'il y a lieu.

Par contre, durant une plage horaire, avant que ne débute la période durant laquelle le médecin réclame l'acte d'intervention de supervision ou après la fin de cette période, le médecin qui voit un patient sans le concours d'un résident, peut facturer les services rendus.

Il en est de même du médecin rémunéré au mode de rémunération mixte en UMF-CLSC et en UMF-CH.

4 EP 51 – Activités médicales particulières (AMP)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les annexes II et III de l'EP 51 – Activités médicales particulières sont remplacées. Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} juin 2017**. La date d'entrée en vigueur, actuellement établie au 1^{er} septembre 2016 dans le texte, sera modifiée lors d'un prochain amendement.

Vous pouvez consulter l'[EP 51 – Activités médicales particulières](#) dans la *Brochure n° 1*.

4.1 Évaluation du volume d'activités (annexe II)

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de 12 heures par semaine est maintenant calculée sur une base annuelle de 44 semaines.

De plus, les critères de détermination suivants sont ajoutés ou modifiés :

- Prestations, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèles
Le médecin doit avoir au minimum 500 patients inscrits (ou un nombre minimal plus élevé déterminé par les parties par voie administrative), vulnérables et non vulnérables, **incluant le suivi de grossesse** (en autant que la patiente soit inscrite auprès d'un médecin, peu importe lequel).
- Soins aux patients admis en courte durée incluant la garde en disponibilité
Le médecin doit être responsable des soins, en moyenne, de **18 lits** actifs par jour, une semaine sur cinq.
- Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou psychiatrique, incluant la garde en disponibilité
Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne **50 lits**.
- Soins palliatifs incluant la garde en disponibilité
Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne **10 lits** en soins palliatifs.
- Services médicaux dispensés dans le cadre d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne **20 lits**.
- Services médicaux en obstétrique incluant la garde en disponibilité
Le médecin doit procéder à au moins **15 accouchements** par trimestre.
- Dépannage
Seul le temps réel des services cliniques est considéré pour l'évaluation des activités de dépannage, selon les critères énumérés ci-dessus. **Le temps de déplacement n'est plus considéré.**

4.2 Règles de conversion (annexe III)

Les règles de conversion des activités médicales particulières en heures sont modifiées. La rémunération de la garde en disponibilité est dorénavant incluse dans la rémunération des activités dans les différents secteurs de pratique. Les services d'anesthésie sont considérés dans les services rendus aux malades admis, et le temps de déplacement n'est plus considéré pour l'évaluation des activités de dépannage.

Dans le but d'établir le profil de pratique, les données sur la rémunération des médecins en heures sont cumulées au tarif de base (100 %) et converties en heures selon les règles de conversion suivantes :

Urgence en CH et en CLSC du réseau de garde

- Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes
Temps réel à partir des heures facturées : une heure correspond à une heure d'activités médicales particulières.
- Rémunération sur la base d'un forfait
Temps réel à partir des forfaits : une heure de forfait correspond à une heure d'activités médicales particulières.
- Rémunération à l'acte
Le total du tarif des actes divisé par le taux horaire de 95,12 \$ correspond au nombre d'heures d'activités médicales particulières.

Obstétrique

- Quinze accouchements par trimestre équivalent à douze heures par semaine.

Malade admis, CHSLD, CR, soins psychiatriques et Soins palliatifs et URFI

- Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes
Temps réel à partir des heures facturées : une heure correspond à une heure d'activités médicales particulières.
- Rémunération sur la base d'un forfait ou selon le mode mixte
Temps réel à partir des forfaits : une heure de forfait correspond à une heure d'activités médicales particulières.
- Rémunération à l'acte
Le total du tarif des actes divisé par le taux horaire de 95,12 \$ correspond au nombre d'heures d'activités médicales particulières.

5 Lettre d'entente n° 304 – Transfert pour prise en charge en bloc et suivi auprès d'un autre médecin de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou décède

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La nouvelle *Lettre d'entente n° 304* concerne le transfert pour prise en charge en bloc et suivi auprès d'un autre médecin de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou décède. Elle entre en vigueur au **1^{er} février 2017**, à l'exception des paragraphes **3 h) et 4 g)**, qui entrent en vigueur le **31 mars 2017**.

Vous pouvez consulter la [Lettre d'entente n° 304](#) et les avis administratifs afférents dans la *Brochure n° 1*.

Le médecin qui prend sa retraite totalement ou de façon progressive, qui réoriente sa pratique et cesse la pratique de prise en charge et de suivi, qui déménage ou qui décède (dans ce cas, le coordonnateur médical local) convient du nombre de patients à transférer et de la date du transfert avec le médecin qui accepte d'assurer la prise en charge et le suivi de cette clientèle.

Le médecin **qui accepte le transfert** informe la Régie par écrit au moyen du formulaire [Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d’entente n° 304](#) (4381) :

- du nom du médecin de qui il accepte de prendre les patients en charge;
- du nombre de patients qu’il accepte de prendre en charge;
- des informations d’identification de chacun des patients;
- de la date du transfert;
- du lieu où sera effectué le suivi de chacun de ces patients.

Toute demande de transfert dont la date se situe **entre le 1^{er} février 2017 et le 6 mai 2017** doit être transmise à la Régie **dans les plus brefs délais**.

Les demandes de transfert dont la date est **égale ou ultérieure au 6 mai 2017** doivent être transmises à la Régie **au plus tard 30 jours avant la date du transfert**.

Transfert de patients d’un médecin décédé

Dans le cas du décès d’un médecin, c’est le coordonnateur médical local qui convient, avec le ou les médecins qui acceptent la prise en charge des patients, de la date du transfert. Celle-ci ne doit pas être ultérieure à la date du décès.

Le médecin qui accepte la prise en charge de la clientèle d’un médecin décédé informe la Régie **au plus tard 30 jours après la date du décès**.

5.1 Transfert de patients en bloc

Le nombre de patients transférés doit être **d’au moins 250 et d’au plus 1 000 par médecin qui accepte le transfert**, par année civile. Le transfert de 250 à 1 000 patients est considéré comme un transfert en bloc.

Pour que le transfert soit effectif, **le patient doit être inscrit, à la date du transfert, auprès du médecin** qui prend sa retraite totalement ou de façon progressive, qui réoriente sa pratique et cesse la pratique de prise en charge et de suivi, qui déménage ou qui décède.

Le médecin ne peut sélectionner les patients qu’il accepte de prendre en charge.

5.1.1 Transferts subséquents

En autant qu’ils respectent le transfert minimal de 250 patients chacun, sans dépasser le maximum de 1 000 patients par médecin, plusieurs médecins peuvent accepter le transfert de patients d’un même médecin.

Toutefois, à la suite d’un premier transfert minimal de 250 patients, le médecin qui accepte le transfert de patients d’un médecin **qui prend une retraite progressive** peut accepter des transferts subséquents **d’un même médecin, peu importe le nombre de patients**, jusqu’à concurrence de 1 000 par année civile.

5.1.2 Transfert à un groupe de médecins

Transferts dans la clinique où exerçait le médecin

Le nombre minimal de 250 patients par médecin **ne s'applique pas** si un groupe de médecins qui exerce **au même lieu de suivi** que le médecin qui transfère ses patients inscrits accepte de prendre en charge **la totalité** de sa clientèle. Toutefois, le nombre maximal de 1 000 patients par médecin qui accepte le transfert s'applique.

Transferts dans une clinique autre que celle où exerçait le médecin

Si le transfert de patients s'effectue à un groupe de médecins qui exerce **dans un autre lieu de suivi** que celui où le médecin qui quitte a inscrit ses patients, le nombre minimal de 250 patients par transfert s'applique pour chaque médecin qui accepte le transfert. Le nombre maximal demeure quant à lui de 1 000 patients par médecin. En contrepartie, ces médecins ne sont pas tenus de prendre en charge la totalité de la clientèle du médecin qui transfère ses patients. Ce type de transfert est considéré comme un transfert individuel pour chaque médecin concerné et non pas comme un transfert à un groupe.

Chaque médecin du groupe qui accepte un transfert doit remplir, signer et transmettre le formulaire [Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d'entente n° 304](#) (4381) à la Régie. Afin de faciliter le traitement, il est préférable que toutes les demandes visées par le transfert de groupe soient transmises à la Régie en un seul envoi.

5.1.3 Patients transférés

Les dispositions suivantes entrent en vigueur le **31 mars 2017**.

Une fois que le médecin qui accepte de prendre en charge les patients transférés a informé la Régie du nom de ces patients, la Régie informe chacun de ces patients par écrit :

- de la date du transfert;
- du nom du médecin de famille qui le prend en charge ainsi que du lieu où sera effectué le suivi;
- que le formulaire de consentement devra être rempli lors de leur première visite auprès de ce médecin.

Le ou les codes de vulnérabilités inscrits au dossier du patient sont reconduits avec le transfert.

Le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* sera modifié pour permettre au médecin de repérer facilement les patients transférés. Vous serez informé lors d'une prochaine infolettre.

5.2 Taux d'assiduité

Le taux d'assiduité du médecin qui accepte le transfert doit respecter le seuil fixé pour l'année civile précédant celle où il accepte le transfert.

Cette modalité ne s'applique pas au médecin qui ne faisait pas de prise en charge avant d'accepter le transfert, parce qu'il débute sa pratique, par exemple.

Toutes les modalités relatives au taux d'assiduité vous seront présentées dans une prochaine infolettre.

5.3 Modalités de rémunération

Les dispositions relatives à la cessation ou à la modification de pratique (articles 10.00, 11.00 et 12.00 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) s'appliquent pour les patients qui font l'objet du transfert.

À compter de la date du transfert, les patients cessent d'être inscrits auprès de leur médecin de famille antérieur et deviennent inscrits auprès du médecin qui accepte le transfert selon les dispositions suivantes :

- Au 31 décembre de l'année précédant le transfert, si les patients étaient considérés comme actifs auprès de leur médecin de famille antérieur, ils sont considérés comme actifs auprès de leur nouveau médecin de famille **dès la date du transfert**;
- Selon les paragraphes 4.05 et 6.01 D) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, la date de la dernière visite du patient ou de la dernière intervention clinique du médecin de famille antérieur devient la date de référence pour la comptabilisation des mois en ce qui a trait au maintien du caractère actif du patient auprès du médecin qui accepte le transfert.

5.4 Première visite et supplément

La date d'inscription auprès du nouveau médecin de famille correspond à la date du transfert. Toutefois, lors de la première visite chez son nouveau médecin de famille, le patient transféré doit donner son consentement en remplissant le [Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille](#) (4096). Le médecin doit remettre une copie du formulaire signé à la personne assurée et conserver l'original au dossier du patient.

Lors de la première visite ou intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient transféré effectuée sur rendez-vous ou en accès adapté, le médecin qui accepte le transfert peut se prévaloir de la visite de prise en charge réservée au médecin traitant (paragraphe 2.2.6 A du préambule général). Il peut également se prévaloir des suppléments liés à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Vous serez informé des modalités spécifiques à cette disposition lors d'une prochaine infolettre.

5.5 Dispositions de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

Toutes les dispositions de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle s'appliquent selon les dispositions suivantes :

- Le forfait d'inscription est payé au médecin qui accepte le transfert ainsi qu'au médecin antérieur. Le paiement est proportionnel au nombre de mois entiers couverts par l'une et l'autre inscription. Le mois de la seconde inscription est comptabilisé en faveur du premier médecin ayant inscrit le patient.
- À compter de la date du transfert, le forfait annuel de prise en charge est versé en continuité avec les versements faits au médecin antérieur. Le forfait annuel de prise en charge du patient vulnérable versé à chacun des médecins est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entiers, et le mois au cours duquel a lieu le transfert est comptabilisé en faveur du premier médecin.

- À compter de la date du transfert, seuls les patients inscrits actifs et les patients vulnérables inscrits actifs **qui ont fait l'objet d'une visite ou d'une intervention clinique** auprès du médecin qui accepte le transfert sont comptabilisés pour que celui-ci puisse se prévaloir des suppléments prévus aux paragraphes 15.01 A) et B) et 15.02 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Les patients qui font partie du transfert sont considérés dans la clientèle inscrite d'un médecin aux fins du calcul du taux d'assiduité, et ce, **dès la date du transfert**.

5.5.1 Prise en bloc de patients – Limite par année civile

Un médecin **ne peut** se prévaloir des dispositions de la présente *Lettre d'entente n° 304* pour plus de 1 000 patients au cours d'une même année civile, et ce, même si les transferts proviennent de plus d'un médecin.

Une fois le nombre maximal de patients atteint, le médecin peut adresser une demande au comité paritaire pour être autorisé à effectuer le transfert de patients additionnels. Le comité paritaire évalue la demande et détermine, s'il y a lieu, le nombre de transferts de patients additionnels permis au médecin et les conditions applicables.

Le comité paritaire tient compte du nombre de patients déjà inscrits auprès du médecin et de l'importance de ses autres activités professionnelles. À la date de la demande, **au moins 50 % des patients** transférés auprès du médecin ayant accepté le transfert doivent avoir fait l'objet d'une visite ou d'une intervention clinique auprès de celui-ci pour que le comité paritaire autorise le transfert de patients additionnels.

5.5.2 Tarification bonifiée

Les dispositions suivantes entrent en vigueur au **31 mars 2017**.

À compter de la date du transfert, les patients transférés en bloc sont comptabilisés pour l'évaluation du nombre d'inscriptions donnant droit à la tarification bonifiée de la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC et en UMF.

Une fois que le transfert est traité par la Régie, le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification*, disponible dans le service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*, est mis à jour pour le trimestre d'application afin de tenir compte du nombre de patients transférés **dès la date du transfert**.

Ainsi, les médecins qui atteignent la cible de 500 patients avec le transfert en bloc peuvent facturer la tarification bonifiée dès la date du transfert.

Demande de transfert dont la date se situe entre le 31 mars 2017 et le 6 mai 2017

Pour pouvoir profiter de la tarification bonifiée, il est important d'attendre la mise à jour du rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification* pour facturer vos services.

En effet, si le médecin accède à la tarification bonifiée à la date du transfert, mais qu'il facture tout de même les services rendus après cette date à la tarification régulière **sans attendre la mise à jour du rapport** *Nombre de patients inscrits pour la tarification*, lorsque celle-ci sera effective, il devra **modifier lui-même toute sa facturation** rétroactivement à la date du transfert.