

Modifications à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (40) et à la Lettre d'entente n° 304

La Régie vous présente les principaux changements apportés à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (40) relativement aux suppléments liés à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille (paragr. 4.12).

Des changements visent également la *Lettre d'entente n° 304* relativement :

- à l'application des dispositions du paragraphe 4.12 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle;
- au transfert en bloc à un groupe de médecins;
- au taux de prise en charge.

Vous pouvez consulter l'[EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle](#) et la [Lettre d'entente n° 304](#) ainsi que les avis administratifs afférents dans la *Brochure n° 1*, sous l'onglet *Manuels*, dans la section réservée à votre profession sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

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

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Le paragraphe 4.12 B) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est modifié par l'ajout d'un alinéa. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **11 avril 2016** et paraîtra dans un prochain amendement.

À partir de cette date, une fois le maximum prévu au paragraphe 13.02 atteint, lorsque le patient est **vulnérable**, qu'il soit **attribué ou non** par le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ou par transfert en bloc, le médecin doit facturer le supplément prévu à ce paragraphe en utilisant le nouveau code de facturation **19965** créé en conséquence.

1.1 Suppléments liés à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

Conformément aux dispositions du paragraphe 13.02, pour se prévaloir des suppléments des paragraphes 4.12 A), B) ou C) et 13.01, un médecin de famille peut inscrire, par année civile, un maximum de 150 patients, vulnérables ou non, attribués par le GAMF ou par transfert en bloc.

Cette limite ne s'applique pas au cours des quatre premières années civiles complètes de pratique suivant l'obtention du permis d'exercice.

1.1.1 150 patients et moins

Jusqu'à concurrence de 150 patients inscrits attribués par le GAMF ou par transfert en bloc, le médecin peut se prévaloir des suppléments des paragraphes 4.12 A), 4.12 C) et 13.01 lors du premier examen, de la première visite ou de la première intervention clinique donnant lieu à la prise en charge.

Le médecin doit utiliser les codes de facturation suivants jusqu'à l'atteinte du maximum de 150 patients :

- **19957** lorsque le patient est **non vulnérable**, qu'il soit **attribué ou non** par le GAMF ou par transfert en bloc (paragr. 4.12 A));
- **19959** lorsque le patient est **vulnérable** et **attribué** par le GAMF ou par transfert en bloc (paragr. 4.12 C));
- **19960** lorsque le patient est **très vulnérable** et **attribué** par le GAMF ou par transfert en bloc (paragr. 13.01).

Lorsque le médecin utilise le code de facturation **19957**, il est calculé pour l'atteinte du maximum de 150 patients **seulement lorsque facturé** pour la prise en charge d'un patient **non vulnérable attribué** par le GAMF ou par transfert en bloc.

Lorsque le patient est **vulnérable**, mais qu'il n'est **pas attribué** par le GAMF ou par transfert en bloc, le médecin doit utiliser le code de facturation **19958** (paragr. 4.12 B)). Ce code n'est pas calculé pour l'atteinte du maximum de 150 patients.

Pour la facturation du supplément, la date du service doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique ayant donné lieu à la prise en charge.

1.1.2 Plus de 150 patients

Dès que le médecin a **plus de 150 patients** inscrits attribués par le GAMF ou par transfert en bloc, il peut se prévaloir uniquement des suppléments des paragraphes 4.12 A), 4.12 B) et 13.01 pour les patients subséquents. Il ne peut plus se prévaloir du supplément du paragraphe 4.12 C).

Un alinéa est ajouté sous le paragraphe 4.12 B) précisant que, une fois le maximum prévu au paragraphe 13.02 atteint, lorsque le patient est **vulnérable**, qu'il soit **attribué ou non** par le GAMF ou par transfert en bloc, le médecin facture le supplément prévu à ce paragraphe en utilisant le nouveau code de facturation **19965**, qui peut être utilisé dès maintenant. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **11 avril 2016**.

Une fois que le médecin s'est prévalu des suppléments prévus pour **150 patients** inscrits attribués par le GAMF ou par transfert en bloc pendant l'année civile, il doit utiliser les codes de facturation suivants :

- **19957** lorsque le patient est **non vulnérable**, qu'il soit **attribué ou non** par le GAMF ou par transfert en bloc (paragr. 4.12 A));
- **19960** lorsque le patient est **très vulnérable** et **attribué** par le GAMF ou par transfert en bloc (paragr. 13.01).
- **19965** lorsque le patient est **vulnérable**, qu'il soit **attribué ou non** par le GAMF ou par transfert en bloc (2^e alinéa du paragr. 4.12 B)).

Ainsi, lorsque le médecin a inscrit **plus de 150 patients** attribués par le GAMF ou par transfert en bloc dans une année civile, il ne doit plus utiliser les codes de facturation **19958** et **19959**, puisqu'ils sont remplacés par le code de facturation **19965**.

La date du service doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique ayant donné lieu à la prise en charge.

L'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle sera modifiée en conséquence lors d'un prochain amendement.

La Régie procèdera à une rectification de la facturation des médecins dont le maximum de 150 patients inscrits attribués par le GAMF ou par transfert en bloc a été atteint **depuis le 11 avril 2016**, par année civile.

Ainsi, **que les services aient été facturés dans l'ancien ou dans le nouveau système de rémunération à l'acte**, à compter du 151^e patient inscrit attribué par le GAMF ou par transfert en bloc, la facturation du supplément effectuée avec les codes **19958** et **19959** sera modifiée par la Régie pour le code **19965**.

Aucune action n'est requise de votre part. Si la Régie modifie votre facturation, l'information paraîtra à votre état de compte.

Vous serez informé lorsque les changements informatiques requis seront apportés.

1.2 Nouveau rapport pour l'affichage du nombre de patients inscrits attribués par le guichet d'accès à un médecin de famille ou par transfert en bloc

Pour faciliter le processus de facturation du médecin, la Régie produira un nouveau rapport qui contiendra trois compteurs : un grand total ainsi que deux totaux.

Le rapport contiendra le total du nombre de patients attribués et inscrits, qui figure actuellement dans l'application GAMF.

Il contiendra également le total des patients transférés en bloc vus par le médecin. Ce total sera mis à jour chaque fois que le médecin facturera un des suppléments des paragraphes 4.12 A), B) et C) et 13.01.

Enfin, un compteur permettra au médecin de voir **le total** de ses patients inscrits, attribués par le GAMF ou par transfert en bloc.

D'ici à ce que le nouveau rapport soit disponible, le médecin doit **comptabiliser ses patients** lorsqu'il facture le supplément lié à la prise en charge d'un patient transféré en bloc. Il doit ainsi **additionner** ce nombre à celui qui figure dans l'application GAMF pour la comptabilisation du nombre maximal de 150 patients prévu au paragraphe 13.02.

Vous serez informé dans une prochaine infolettre lorsque le rapport sera disponible.

2 Lettre d'entente n° 304

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

La *Lettre d'entente n° 304*, présentée dans l'[infolettre 004](#) du 6 avril 2017, est modifiée.

Le paragraphe 4. d) est remplacé. De plus, la Régie précise les modalités du paragraphe 3. e) relativement au transfert en bloc à un groupe de médecins. Enfin, un alinéa est ajouté sous le paragraphe 3. f) concernant le taux de prise en charge.

2.1 Suppléments liés à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille

Le paragraphe 4. d) de la *Lettre d'entente n° 304* est remplacé afin de préciser que, pour les patients transférés en bloc, le médecin peut également se prévaloir du supplément prévu au paragraphe 4.12 B) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (40) lors du premier examen ou de la première intervention clinique effectué sur rendez-vous ou par l'accès adapté et donnant lieu à la prise en charge du patient transféré. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} février 2017**.

Le médecin qui prend en charge des patients dans le cadre d'un transfert en bloc peut donc se prévaloir des suppléments des paragraphes 4.12 A), B) et C) et du paragraphe 13.01 de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (40).

Pour les modalités de facturation, voir la section 1.1 de l'infolettre.

2.2 Précision concernant le transfert en bloc à un groupe de médecins

La Régie précise les modalités du paragraphe 3. e) de la *Lettre d'entente n° 304*. Au sens de cette disposition, **même si un GMF peut être composé de plusieurs sites, il constitue une seule et même clinique**.

Ainsi, un groupe de médecins exerçant dans plus d'un site du GMF multisites dans lequel exerce le médecin qui transfère sa clientèle peut assurer la continuité de la prise en charge et du suivi de **la totalité** de cette clientèle **peu importe le site du GMF multisites**. Comme énoncé dans le paragraphe 3. e), aucun des transferts aux médecins du groupe n'est alors soumis au seuil minimal de 250 patients. Cependant, le nombre total de patients transférés à l'ensemble du groupe doit être d'au moins 250.

Le nombre maximal de 1000 patients par médecin par année civile, quant à lui, demeure.

2.3 Taux de prise en charge

Un paragraphe est ajouté sous le paragraphe 3. f) de la *Lettre d'entente n° 304*. Ce changement entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} février 2017**.

Pour l'année 2016, aux fins de l'application des dispositions du paragraphe 3. f), ce sont les modalités relatives au taux de prise en charge, et non au taux d'assiduité, qui s'appliquent.

Le texte sera modifié lors d'un prochain amendement.

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