

[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

Courriel  
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone  
Québec 418 643-8210  
Montréal 514 873-3480  
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur  
Québec 418 646-9251  
Montréal 514 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 8 décembre 2008

À l'intention des médecins omnipraticiens

## E.P. – Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

Inscription générale de la clientèle et autres changements

Ce communiqué vise à vous informer **d'importants changements** qui s'appliqueront à l'inscription de toute la clientèle des médecins de famille à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ces informations se rapportent au communiqué [128 / 2008-11-19](#) qui présentait dans ses grandes lignes la nouvelle mesure d'**inscription générale de la clientèle** dans le cadre de l'E.P. – Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle laquelle entrera **en vigueur dès le début de l'année 2009**.

### SOMMAIRE

1. **Inscription générale de la clientèle**
  - 1.1 Modalités d'inscription générale d'un patient
  - 1.2 Modalités de rémunération
2. **Versement par anticipation du forfait d'inscription générale en 2009** : pour les patients vulnérables actifs et les enfants âgés de 0 à 5 ans inscrits au 31 décembre 2008
3. **Modalités de cessation ou de modification de pratique**
  - 3.1 Modalités applicables au forfait d'inscription générale
  - 3.2 Modalités applicables au forfait d'inscription générale et au forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable
4. **Particularités selon le lieu de pratique du médecin de famille**
  - 4.1 En GMF
  - 4.2 Hors GMF
5. **Liste des communiqués antérieurs**

Le présent communiqué comprend les parties suivantes :

- Partie I – Communiqué
- Partie II - E.P. – Prise en charge avec les instructions de facturation pertinentes et E.P. – GMF (sous réserve des approbations gouvernementales)
- Partie III – Formulaires n<sup>os</sup> 4093 et 4055

## FAITS SAILLANTS

### 1. Inscription générale de la clientèle

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, chaque inscription d'un patient auprès d'un médecin de famille peu importe son âge ou sa condition de santé, permettra à ce médecin de recevoir un forfait d'inscription générale. Ce nouveau forfait sera versé automatiquement par la Régie sur la base de l'année civile. Le montant est de :

- 10 \$ en cabinet ou à domicile
- 7,50 \$ en établissement<sup>1</sup> (CLSC ou UMF)

**Ce forfait d'inscription s'ajoute aux forfaits ou suppléments suivants le cas échéant :**

- Forfait annuel de prise en charge et de suivi en vertu de l'annexe V de l'Entente particulière relative aux GMF (code **08875**)
- Forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable
- Forfait de responsabilité à l'occasion d'un examen ou thérapie d'un patient vulnérable (code **15169, 15170** ou **15171**)
- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**)
- Forfait de soutien au démarrage en cabinet (code **15156** ou **15157**)
- Supplément pour l'inscription d'un patient vulnérable orphelin référé par le coordonnateur local (code **15148 – LE n° 195**)

#### **IMPORTANT :**

- **Hors GMF :** Les médecins de famille pratiquant hors GMF qui désirent inscrire un patient rencontré à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, pourront commencer à transmettre les inscriptions à partir du 12 janvier 2009.
- **GMF :** Les médecins de famille pratiquant en GMF peuvent continuer à transmettre leurs inscriptions sans aucun changement.
- **Vous trouverez, au point 4 du communiqué, les particularités selon votre lieu de pratique (GMF ou hors GMF).**

#### 1.1 Modalités d'inscription générale d'un patient

(Référence : Section I, article 4.00, [partie II](#))

##### **Clientèles déjà inscrites :**

**Vous n'avez pas à réinscrire ces patients.**

Les inscriptions de la clientèle vulnérable, de la clientèle GMF et des enfants âgés de 0 à 5 ans déjà transmises à la Régie **au 31 décembre 2008** sont considérées valides aux fins de la nouvelle mesure d'inscription générale de la clientèle.

##### 1.1.1 Inscription d'un nouveau patient

L'inscription d'un patient se fait à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie à l'aide du formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille* (hors GMF n° 4093) ou du formulaire *Inscription auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille* (en GMF n° 3876). Lors de l'inscription, le médecin indique la date de début de l'inscription soit la date de l'examen ou de la thérapie, le lieu où le suivi sera effectué, le code de vulnérabilité, s'il y a lieu, et toutes les données requises. **Il doit conserver au dossier l'original du formulaire signé par son patient et lui en remettre une copie. Nous vous rappelons que vous ne devez pas transmettre le formulaire à la Régie.**

<sup>1</sup> Exceptionnellement en clinique externe d'un CH dans un GMF autorisé

La date de début de l'inscription doit être identique à la date de signature du formulaire par la personne assurée ou son représentant si celle-ci est âgée de moins de 14 ans ou inapte.

**Prendre note :**

- **À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009**, le médecin hors GMF qui inscrit sa clientèle à l'aide d'une *Demande de paiement – Médecin* n° 1200 doit inscrire le code d'acte **99800**, pour identifier **tout patient non vulnérable âgé de 69 ans ou moins**. Le code d'acte **99509** doit être utilisé pour le patient en santé âgé de 70 ans ou plus : ne pas utiliser le code **99800** pour cette clientèle. Nous vous rappelons que le code d'acte **99509** donne ouverture au paiement du forfait d'inscription générale ainsi qu'au forfait annuel de prise en charge et de forfait de responsabilité pour la clientèle vulnérable.
- Le code d'acte **99508** est aboli puisque la clientèle pédiatrique sera incluse dans l'inscription générale. À noter que le formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille* n° 3889 en version française ou n° 3901 en version anglaise, est aboli au 31 décembre 2008.
- **Voir les instructions de facturation au paragraphe 4.03 (partie II).**

La transmission à la Régie de l'information requise en regard de l'inscription d'un patient se fait de la façon suivante :

- **En GMF** : en transmettant le formulaire Internet n° 3876 (services en ligne)
- **Hors GMF** : en transmettant le formulaire Internet n° 4093 (services en ligne) ou une *Demande de paiement – Médecin* n° 1200 incluant toutes les données d'inscription requises.

L'inscription doit être reçue à la Régie **dans les 90 jours suivant l'examen ou la thérapie donnant droit à l'inscription** à défaut de quoi elle **sera refusée**. En conséquence, le médecin devra réinscrire son patient auprès de la Régie lors du prochain examen ou thérapie fait à ce patient et devra changer sur son formulaire déjà rempli, la date de début de l'inscription qui devra correspondre à la date de cet examen ou thérapie. Dans ce cas, **le patient n'a pas à signer à nouveau le formulaire d'inscription**. La version corrigée du formulaire doit être conservée au dossier de cette personne.

- Inscription d'un patient vulnérable

Les codes d'acte **99500 à 99515** sont maintenus pour l'inscription d'un patient vulnérable suivi hors GMF à l'aide d'une *Demande de paiement – Médecin* n° 1200. Dans ce cas, le médecin doit se référer aux **instructions de facturation spécifiques au paragraphe 5.02** de la présente entente particulière (voir [partie II](#)).

L'inscription d'un patient vulnérable répond aux conditions de l'inscription générale et donne ouverture au versement de ce nouveau forfait.

### 1.1.2 Mise à jour ou modification d'une inscription

Le médecin peut modifier le lieu de suivi d'un patient **une fois par année civile** et doit informer la Régie **dans les 90 jours de la date de la modification**. Aux fins du versement du forfait d'inscription générale, ce changement sera alors considéré avoir été en vigueur toute l'année.

Il peut en tout temps, identifier une catégorie de problèmes de santé pour un patient déjà inscrit ou la modifier, le cas échéant. Il doit en aviser la Régie **au plus tard 90 jours suivant l'examen ou la thérapie** au cours duquel le problème de santé est identifié ou modifié à défaut de quoi cette identification ou modification sera refusée. La modification de l'inscription du patient devra alors être soumise à nouveau à compter de la date du prochain examen ou thérapie.

**Rappel :** Pour le médecin de famille pratiquant hors GMF qui transmet ses inscriptions avec une *Demande de paiement – Médecin* n° 1200, **les modifications peuvent uniquement être transmises à la Régie par lettre ou par télécopieur.**

### 1.1.3 Inscription auprès d'un autre médecin de famille

Lorsqu'un patient s'inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le forfait d'inscription générale est réparti de façon proportionnelle au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le mois de la seconde inscription est attribué au premier médecin.

### 1.1.4 Rétablissement de l'inscription

Advenant qu'un médecin constate que son patient a été inscrit par erreur auprès d'un second médecin de famille, il peut, par le biais du formulaire n° 4055 **dont le titre est maintenant Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille**, demander à la Régie le rétablissement de l'inscription de son patient. Pour ce faire, le patient doit signer le formulaire en question. Le médecin doit ensuite le transmettre à la Régie afin de refléter la situation effective de prise en charge et de suivi de ce patient.

Cette procédure a pour effet de rétablir les avantages de la présente entente au bénéfice de ce médecin de famille. En regard du médecin identifié par la seconde inscription, les divers forfaits versés durant cette période lui seront alors récupérés selon les dispositions prévues.

Une demande peut être faite au comité paritaire par le second médecin qui s'estime lésé par le rétablissement de l'inscription d'un patient auprès d'un médecin antérieur pour déterminer si ce mécanisme a été utilisé à bon escient.

**RAPPEL :** Le formulaire n° 4055 doit être utilisé **uniquement** dans le cas où un médecin de famille constate qu'un de ses patients a été inscrit par erreur auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin de famille qui demande le rétablissement de l'inscription de son patient, dispose d'un maximum de 12 mois pour transmettre ce formulaire à la Régie. Ce délai court à compter de la date de transmission du rapport par la Régie informant ce médecin de la date de fin de l'inscription de ce patient auprès de lui.

## 1.2 Modalités de rémunération

(Référence : Section I, article 4.00)

Pour donner droit au forfait d'inscription générale, le patient inscrit doit être actif, c'est-à-dire qu'il doit avoir été vu par son médecin de famille dans les 36 mois précédant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de versement. Cette disposition de l'inscription générale débutant au 1<sup>er</sup> janvier 2009 aura son plein effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, puisque l'inscription générale existera alors depuis 36 mois.

Toutefois, pour donner droit en plus au forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable, le **patient vulnérable** doit avoir été rencontré par son médecin de famille au cours des **12 mois précédents** le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de versement de ce forfait.

### 1.2.1 Majoration de rémunération (annexes XII et XII-A)

Le pourcentage de majoration prévu aux annexes XII et XII-A s'appliquant au forfait d'inscription est :

- **pour le médecin rémunéré à l'acte** : taux de majoration qui a été appliqué à la rémunération du dernier examen ou thérapie fait au lieu d'inscription au cours de l'année précédant celle du versement;
- **pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire** : taux de majoration appliqué à sa rémunération **du dernier mois de pratique** au lieu d'inscription précédant l'année de versement.

### 1.2.2 Versement annuel du forfait d'inscription générale

Le forfait d'inscription générale est versé automatiquement par la Régie au médecin de famille pour tous ses patients actifs au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de versement. Le patient est considéré actif lorsqu'il a rencontré **son médecin de famille ou, dans le cas d'une UMF, un médecin du groupe, au cours des 36 mois précédents**<sup>2</sup>. Le forfait est versé dans sa totalité même si l'inscription ou la modification a eu lieu en cours d'année d'application.

Si un patient fait l'objet d'inscription auprès de deux médecins de famille, le calcul se fait alors sur la base des mois entiers et le mois de la deuxième inscription est comptabilisé en faveur du premier médecin.

Nous vous rappelons que le premier versement du forfait d'inscription générale, pour l'année d'application 2009, est prévu au plus tard le **31 mars 2010**.

### 1.2.3 Informations transmises aux médecins

- Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet à chaque médecin un rapport incluant les informations suivantes :
  - le nom et le nombre de ses patients actifs et le total des forfaits d'inscription générale auquel il a droit ainsi que le nom des patients considérés inactifs pour l'année d'application terminée;
- En mars, l'état de compte du versement des forfaits d'inscription générale comprendra :
  - la liste des patients actifs
  - le lieu de suivi habituel
  - le taux de majoration appliqué selon les dispositions des annexes XII et XII-A

L'état de compte pour le forfait d'inscription générale sera semblable à celui du forfait annuel de la clientèle vulnérable à l'exception qu'aucune information ne sera inscrite dans la colonne du groupe de vulnérabilité.

**RAPPEL** : Il est important, pour le médecin inscrit aux services en ligne, de consulter régulièrement sa boîte de messages personnels dans laquelle la Régie transmet les rapports concernant l'inscription de sa clientèle ainsi que toutes autres communications à son intention.

<sup>2</sup> Pour les trois premières années de d'application, la période de référence se fera comme suit :

1<sup>er</sup> janvier 2010 (les 12 mois précédents)

1<sup>er</sup> janvier 2011 (les 24 mois précédents)

1<sup>er</sup> janvier 2012 (les 36 mois précédents)

## 2. Versement par anticipation du forfait d'inscription générale en 2009

(Référence : Section VI, article 13.00 H), [partie II](#))

Nous vous rappelons que la Régie versera, **par anticipation**, au médecin de famille le forfait d'inscription générale pour chaque **patient vulnérable inscrit et actif** au 31 décembre 2008 ainsi que pour chaque **enfant âgé de 0 à 5 ans (63 mois selon l'ABCdaire)** inscrit au 31 décembre 2008. Ce versement forfaitaire par anticipation sera effectué **le ou vers le 31 mars 2009**.

## 3. Modalités de cessation ou de modification de pratique

(Référence : Section V, articles 10.00 et 12.00, [partie II](#))

### 3.1 Modalités applicables au forfait d'inscription générale

Dans le cadre de la présente entente, le forfait d'inscription générale n'est pas versé au médecin lorsqu'il cesse ou modifie sa pratique pour plus de 13 semaines consécutives. Sous réserve du paragraphe 4.05, le forfait est alors versé au prorata des mois précédant la date de début de la période en cause (**le mois de la date de début est inclus dans le calcul**). Lors de la reprise des activités, le forfait est versé au prorata des mois suivant la date de reprise des activités (**le mois de reprise est exclu du calcul**) si le patient est toujours inscrit et actif auprès de ce médecin.

### 3.2 Modalités applicables au forfait d'inscription générale et au forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable

En cas de **modification du lieu de pratique**, le médecin doit aviser la Régie **dans les 90 jours suivant la modification** de son lieu de pratique lorsqu'il devient dans l'impossibilité d'assurer la prise en charge et le suivi de la plupart de ses patients. Les patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à la date de la modification du lieu de pratique sauf ceux pour lesquels le médecin indique à la Régie qu'il est en mesure d'assurer la prise en charge et le suivi. Pour ces patients, il indique alors le nouveau lieu de suivi à la Régie.

Le médecin doit également aviser la Régie s'il modifie, **pour une période de plus de 13 semaines**, son profil de pratique **pour exercer dans un secteur d'activités autre** que la médecine de famille de prise en charge et de suivi et qu'il n'est plus en mesure de suivre ses patients. Dans ce cas, les dispositions suivantes s'appliquent :

- le médecin doit aviser la Régie **de la date effective du début de la modification** de sa pratique et, s'il y a lieu, de la date probable de la reprise de ses activités dans cette pratique;
- le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé à partir du mois suivant le début de la modification;
- à compter de la reprise de la pratique de médecine de famille, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à compter de la date du premier examen ou de la thérapie effectué auprès du patient.

## 4. Particularités selon le lieu de pratique du médecin de famille

### 4.1 En GMF

#### 4.1.1 Forfait annuel de prise en charge et de suivi GMF

Pour l'année d'application 2009, le médecin de famille qui pratique en GMF et y inscrit sa clientèle, continue de facturer le forfait annuel de prise en charge et de suivi GMF lorsqu'il rencontre un de ses patients dans le cadre d'une visite (code **08875**).

#### 4.1.2 Modalités d'inscription

Les inscriptions faites avec le formulaire Internet n° 3876 actuel demeurent valides pour le paiement du forfait d'inscription générale. **Aucun changement n'est apporté au formulaire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.**

Le formulaire *Inscription auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille* n° 3876 (version française) ou n° 3878 (version anglaise) est toujours en vigueur. Vous devez suivre les étapes suivantes :

- Remplir, signer le formulaire et faire signer le patient ou son représentant;
- remettre une copie du formulaire au patient;
- conserver l'original signé au dossier du patient;
- transmettre le formulaire par le biais des services en ligne.

<b>Rappel : ne pas envoyer le formulaire papier à la Régie.</b>
---

#### 4.1.3 Accréditation d'un nouveau GMF ou adhésion d'un médecin à un GMF

Nous vous rappelons que dans le cadre de l'accréditation d'un GMF, tout médecin qui y est rattaché doit inscrire de nouveau sa clientèle selon les modalités d'inscription prévues au point 4.1.2 ci-dessus. Il en est de même pour les patients inscrits auprès d'un médecin qui adhère à un GMF et qui acceptent de le suivre et de s'inscrire dans ce GMF.

#### 4.1.4 Modification du délai de transmission de l'inscription à la Régie

(Référence : paragraphe 5.06 de l'E.P. – GMF, [partie II](#))

**Le délai pour transmettre à la Régie l'information** relative à l'inscription d'un nouveau patient ou à la modification de celle-ci **est modifié**. Sous réserve de l'exception décrite plus bas, vous devez transmettre toute inscription ou modification dans un **délai de 90 jours de la date de l'examen ou de la thérapie donnant effet à l'inscription ou à la modification**, à défaut de quoi, elle sera refusée. L'E.P. – GMF est modifiée en conséquence avec l'ajout du paragraphe 5.06.

En conséquence, le médecin devra réinscrire son patient auprès de la Régie lors du prochain examen ou thérapie fait à ce patient et devra changer sur son formulaire déjà rempli, la date de début de l'inscription qui devra correspondre à la date de l'examen ou de la thérapie. Dans ce cas, **le patient n'a pas à signer à nouveau le formulaire d'inscription**. La version corrigée du formulaire doit être conservée au dossier de cette personne.

**Exception :** Un nouveau GMF peut s'adresser à la Régie pour obtenir une prolongation de son délai d'inscription lorsque l'installation des équipements informatiques requis pour son fonctionnement en GMF tarde. Il en est de même lorsqu'en raison de la date rétroactive d'accréditation du GMF, le délai de 90 jours pour effectuer les inscriptions et les transmettre à la Régie, ne peut être respecté.

## 4.2 Hors GMF

### 4.2.1 Modalités d'inscription

Le formulaire n° 3889, présent à l'annexe I de l'entente particulière, est aboli au 31 décembre 2008 et sera remplacé par le formulaire n° 4093 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 (voir le spécimen du formulaire en [partie III](#)).

Le formulaire *Inscription auprès d'un médecin de famille* n° 4093 (version française) ou n° 4097 (version anglaise) doit être utilisé **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009**. Pour inscrire un nouveau patient, vous devez suivre les étapes suivantes :

- remplir, signer le formulaire n° 4093 et le faire signer par le patient ou son représentant;
- remettre une copie du formulaire au patient;
- conserver l'original signé au dossier du patient;
- pour transmettre l'inscription, vous pouvez utiliser
  - le formulaire Internet n° 4093 par le biais des services en ligne
  - une *Demande de paiement – Médecin* n° 1200 en utilisant le code d'acte pertinent
    - **99800** : patient non vulnérable âgé de 69 ans ou moins ou
    - **99509** : patient en santé âgé de 70 ans ou plus ou
    - **99500 à 99515** : patient vulnérable

**Note :** Le code **99508** pour l'inscription des enfants âgés de 0 à 5 ans sans condition de vulnérabilité **est aboli au 31 décembre 2008**.

**Rappel :** N'oubliez pas que vous devez transmettre toute inscription ou modification **dans un délai de 90 jours de la date de l'examen ou de la thérapie** y donnant effet, à défaut de quoi, elle sera refusée. **Ne pas envoyer le formulaire papier à la Régie.**

### 4.2.2 Transmission de l'inscription à la Régie

La transmission à la Régie de l'information requise en regard de l'inscription d'un patient peut se faire de deux façons :

- en transmettant le formulaire Internet n° 4093 **par le biais des services en ligne**;
- en transmettant la *Demande de paiement - Médecin* n° 1200.

**Rappel :** Veuillez noter qu'aucune modification d'une inscription n'est possible avec le formulaire n° 1200. Vous devez transmettre les modifications d'inscription par télécopieur 418 646-8110 ou par la poste aux coordonnées suivantes :

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



## 5. Liste des communiqués antérieurs

Voici la liste des communiqués portant sur les changements apportés à l'Entente particulière par l'Amendement n° 105. Depuis mai 2008, la Régie a publié les six communiqués suivants :

- Modification à la liste des catégories de problèmes de santé ([027 / 2008-05-27](#))
- Ajout du domicile comme lieu de suivi, clientèles obstétricales et pédiatriques et le forfait de congé en établissement ([034 / 2008-06-04](#))
- Instructions de facturation concernant l'Entente particulière ([056 / 2008-06-30](#))
- Nouvelle mesure favorisant la coordination entre les médecins et le CSSS ([076 / 2008-08-15](#))
- Augmentation tarifaire pour les forfaits de responsabilité ([100 / 2008-10-01](#))
- **Inscription générale de la clientèle ([128 / 2008-11-19](#)).**

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p.j. [Partie II](#) – Textes officiels paraphés de l'E.P. – Prise en charge avec les instructions de facturation pertinentes et l'E.P. – GMF  
[Partie III](#) – Formulaire n<sup>os</sup> 4093 et 4055

c.c. Développeurs de logiciels et Agences commerciales de traitement des données – Médecine

## Texte officiel paraphé de l'E.P. – Prise en charge

### PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1<sup>er</sup> septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

#### 1.00 Objet

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines dispositions relatives aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle.

#### 2.00 Champ d'application

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

### SECTION I : DISPOSITIONS RELATIVES À L'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

#### 3.00 Conditions de base à l'inscription

3.01 La pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente présente les caractéristiques suivantes :

A) Le médecin inscrit la clientèle qu'il accepte de prendre en charge au sein d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'une UMF, d'une clinique-réseau ou d'un GMF quel que soit son rattachement y compris, exceptionnellement, en clinique externe d'un CH. Le domicile du patient peut également être reconnu comme lieu de prise en charge et de suivi lorsque le suivi est assuré principalement à domicile.

B) L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec.

L'inscription du patient par le médecin se fait, lors d'un examen ou thérapie, au moyen du formulaire prescrit par les parties. Le libellé de ce formulaire est reproduit à l'annexe I de l'entente particulière à titre d'information seulement. L'inscription faite dans le cadre de l'entente particulière relative aux groupes de médecine de famille tient lieu d'inscription au sens des présentes dispositions.

C) Il assure, pour son patient inscrit, la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, s'il y a lieu, les examens périodiques, le suivi des examens de laboratoire et la gestion de la médication, la référence au programme de soutien à domicile du CSSS-CLSC ainsi qu'au système de garde en disponibilité du CSSS-CLSC si un tel système est en opération sur son territoire.

N'est pas présumé répondre aux exigences de l'alinéa précédent le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels.

D) Aux fins de la prise en charge et du suivi de sa clientèle, il collabore avec le CSSS de son territoire ainsi qu'avec les autres établissements du réseau lorsque requis.

#### 4.00 Modalités de rémunération de l'inscription

4.01 Pour toute inscription faite à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, un forfait d'inscription est versé, sur la base de l'année civile, au médecin de famille. Ce forfait est 10 \$ lorsque le lieu de suivi habituel du patient est en cabinet ou à domicile et 7,50 \$ si ce lieu est en établissement.

Ce forfait d'inscription s'ajoute à celui versé en vertu de l'annexe V de l'Entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF). Il s'ajoute également au forfait annuel de prise en charge ainsi qu'au forfait de soutien au démarrage prévus à la présente entente.

4.02 Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

- le pourcentage de majoration appliqué au forfait d'inscription relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération du dernier examen ou thérapie fait au lieu de l'inscription au cours de l'année d'application en cause.
- dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait d'inscription est celui appliqué à sa rémunération pour les services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

4.03 L'inscription d'un patient se fait à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée auprès de ce patient.

**AVIS :** Voir annexe I de la présente entente, formulaire « Inscription auprès d'un médecin de famille n° 4093 ».

Elle est transmise à la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'examen ou la thérapie donnant effet à cette inscription à défaut de quoi l'inscription est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou UMF rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'inscription, doit informer la Régie de la date de l'examen ou de la thérapie donnant effet à cette inscription.

**AVIS :** *Hors GMF, pour inscrire un nouveau patient non vulnérable, veuillez remplir le **formulaire Internet n° 4093** disponible dans la **bannière Inscription auprès d'un médecin de famille**, selon les instructions du guide. Veuillez transmettre le formulaire Internet n° 4093 ou le formulaire « Demande de paiement - Médecin n° 1200 » à la Régie.*

**Important :** vous devez conserver un exemplaire du formulaire n° 4093 dûment signé par les deux parties pour chacun de vos patients inscrits à la Régie que vous utilisez le formulaire Internet n° 4093 ou le formulaire n° 1200. **Assurez-vous d'utiliser la dernière version du formulaire n° 4093 disponible dans le site Internet.**

Pour inscrire un patient vulnérable, veuillez vous référer à l'avis sous le paragraphe 5.02.

#### **Instructions pour l'inscription à la Régie par le biais du formulaire n° 1200 (inscription générale)**

- Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- Inscrire sur la première ligne de la section « Actes » les éléments suivants :
  - o La date d'inscription dans les champs généralement utilisés pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire n° 4093 par la personne assurée (ou son représentant).
  - o Dans la case CODE, inscrire :  
la valeur **99800** pour la clientèle non vulnérable âgé de 69 ans ou moins;  
**ou**  
la valeur **99509** pour la personne en santé âgé de 70 ans ou plus;
  - o La valeur 1 dans la case R (pour rôle);
  - o La valeur 0 dans la case HONORAIRES.
- Inscrire le lieu de suivi habituel dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou le code 54XXX, 55XXX ou 57XXX si le cabinet détient un numéro de facturation attribué par la Régie. Pour un établissement, inscrire le numéro approprié soit CLSC, UMF-CH, GMF (établissement) et clinique-réseau (établissement);

- **Ne facturez aucun service ou forfait sur cette demande de paiement.** Les demandes de paiement comportant aussi des services ou des forfaits seront rejetées, les services ou forfaits seront coupés à l'état de compte ET l'inscription sera annulée.
- Ne rien inscrire dans la section « **Visites** ».
- Inscrire zéro dans la section « **Total** » (pour total des honoraires)

**Veillez noter qu'aucune modification d'inscription n'est possible avec la « Demande de paiement - Médecin n° 1200 ».** Vous devez transmettre les modifications d'inscription par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

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

**REMARQUE :**

Les formulaires n° 1200 servant à l'inscription générale ne feront pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.

Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Il est **obligatoire** de consulter votre rapport d'erreurs, car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'inscription a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Veuillez noter que les demandes d'inscription acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.

Si vous nous les acheminez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos formulaires n° 1200 réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'inscription et devrez alors les soumettre à nouveau.

- 4.04 Lors de l'inscription du patient, le médecin indique le lieu où le suivi sera habituellement effectué. Il peut modifier le lieu une fois par année d'application et doit en informer la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du début du nouveau lieu de suivi du patient à défaut de quoi la modification est refusée. Le forfait d'inscription versé pour l'année d'application en cause tient compte de cette modification considérée avoir été en vigueur pendant toute l'année d'application.

Le médecin ne peut inscrire un patient lorsqu'il exerce dans un milieu de dispensation de services autre que ceux apparaissant au paragraphe 3.01 A) ci-dessus.

Le médecin qui a inscrit ses patients dans le cadre d'un GMF et qui quitte le GMF doit en aviser la Régie dans les trente (30) jours suivant son départ et l'informer de son nouveau lieu de pratique. Pour les fins du versement du forfait d'inscription, sa clientèle demeure inscrite à son nom à ce nouveau lieu de pratique.

**AVIS :** Pour transmettre les informations relatives à un changement de lieu, utilisez le formulaire Internet n° 4094 ou transmettez les informations par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

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

- 4.05 Pour donner droit au versement annuel du forfait d'inscription, un patient inscrit doit être considéré comme un patient actif au 1<sup>er</sup> janvier suivant l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du versement du forfait d'inscription. Est considéré comme actif, le patient qui a rencontré son médecin de famille auprès duquel il est inscrit, ou, dans le cas d'une UMF, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 D) ci-dessous, au cours des trente-six (36) mois précédents.

Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait d'inscription n'est pas versé pour l'année d'application en cause. Il est versé à nouveau pour l'année d'application pendant laquelle un examen ou thérapie est effectué auprès du patient par son médecin, ou, dans le cas d'une UMF, d'un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 D) ci-dessous.

Pour permettre la validation du caractère actif du patient, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire facture, à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie, le forfait d'inscription à la Régie. Cette facturation doit se faire au moins une fois tous les trois ans.

**AVIS :** *Aucune facturation n'est présentement nécessaire. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, le caractère actif du patient inscrit auprès d'un professionnel à honoraires fixes ou à tarif horaire sera validé par l'inscription qui aura eu lieu en 2009 ou, dans le cas d'un GMF, pour un patient déjà inscrit, avec la facturation du forfait de prise en charge et de suivi (code 08875).*

4.06 Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait d'inscription payé 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, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.

4.07 Dans le cas où un médecin est d'avis que l'inscription auprès d'un autre médecin d'un de ses patients inscrits ne reflète pas une prise en charge effective par cet autre médecin, il peut communiquer avec ce patient et lui demander, au moyen du formulaire apparaissant en annexe II de la présente entente, de rétablir sa première inscription. Ce formulaire doit être acheminé à la Régie au plus tard dans les douze (12) mois suivant la réception du rapport transmis par la Régie pour informer de la fin de l'inscription du patient auprès du médecin de famille. Dans ce cas, la seconde inscription est annulée et le médecin auprès duquel elle s'est faite, ne peut se prévaloir du forfait d'inscription ni du forfait annuel de prise en charge ni du forfait de responsabilité prévus aux paragraphes 4.00 et 6.00 de la présente entente.

Un médecin qui s'estime lésé par le rétablissement de l'inscription d'un patient auprès d'un médecin antérieur peut demander au comité paritaire de déterminer si la pratique du médecin antérieur justifie l'utilisation du mécanisme de rétablissement du présent paragraphe.

**AVIS :** *Voir annexe II de la présente entente, formulaire « Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille n° 4055 ».*

4.08 Le forfait d'inscription est versé annuellement au cours du troisième mois suivant le 31 décembre de l'année d'application. Sous réserve du paragraphe 4.06 et de l'article 10.00 de la présente entente, le forfait est versé dans sa totalité même si l'inscription ou les modifications découlant des paragraphes 4.03 ou 4.04 sont intervenues en cours d'année d'application.

4.09 Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, les informations suivantes :

- le nombre de ses patients actifs et le total des forfaits d'inscription auquel il a droit pour l'année d'application;
- lors du versement annuel des forfaits d'inscription, la liste des patients actifs, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus.

4.10 Sont liés à l'inscription du patient les modalités de rémunération spécifiques à la prise en charge et au suivi des patients vulnérables, soit le forfait annuel de prise en charge, le forfait de responsabilité, la discussion de cas et le forfait de soutien au démarrage ainsi que le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

## **SECTION II : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES PATIENTS VULNÉRABLES**

### **5.00 Définitions**

5.01 Aux fins de l'identification des clientèles vulnérables, les catégories de problèmes de santé retenues sont les suivantes :

- A) 1. Problèmes de santé mentale (*DSM-IV*) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
2. Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode;
3. Troubles dépressifs majeurs récidivants;

- B) Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un VEMS inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- C) Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque;
- D) Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- E) Diabète excluant le diabète de grossesse;
- F) Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- G) VIH/SIDA;
- H) Maladies dégénératives du système nerveux central;
- I) Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn;
- J) Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute;
- K) Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- L) Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN.

5.02 Un patient est vulnérable s'il fait partie d'un des groupes de vulnérabilité suivants :

- A) Groupe I : Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'un ou plusieurs des problèmes de santé décrits au paragraphe précédent;
- B) Groupe II : Il est âgé de 70 ans mais de moins de 80 ans sans présenter l'un ou plusieurs problèmes de santé décrits au paragraphe précédent;
- C) Groupe III : Il est âgé de 70 ans mais de moins de 80 ans et présente l'un ou plusieurs problèmes de santé décrits au paragraphe précédent;
- D) Groupe IV : Il est âgé de 80 ans ou plus sans présenter l'un ou plusieurs problèmes de santé décrits au paragraphe précédent;
- E) Groupe V : Il est âgé de 80 ans ou plus et présente l'un ou plusieurs problèmes de santé décrits au paragraphe précédent.

**AVIS :** Voir annexe I de la présente entente, formulaire « Inscription auprès d'un médecin de famille n° 4093 ».

**Hors GMF,** pour inscrire un nouveau patient vulnérable, veuillez remplir le **formulaire Internet n° 4093** disponible dans la **bannière Inscription auprès d'un médecin de famille**, selon les instructions du guide. Veuillez transmettre le formulaire Internet n° 4093 ou le formulaire « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » à la Régie.

**Important :** vous devez conserver un exemplaire du formulaire n° 4093 dûment signé par les deux parties pour chacun de vos patients inscrits à la Régie que vous utilisiez le formulaire Internet n° 4093 ou le formulaire n° 1200. **Assurez-vous d'utiliser la dernière version du formulaire n° 4093 disponible dans le site Internet.**

**Instructions pour l'inscription à la Régie par le biais du formulaire n° 1200 (patient vulnérable) :**  
**(Hors GMF)**

- Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
- Inscrire sur la première ligne de la section « **Actes** » les éléments suivants :
  - o La date d'inscription dans les cases généralement utilisées pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire n° 4093 par la personne assurée (ou son représentant).
  - o Dans la case CODE, inscrire une des valeurs comprises entre **99500** et **99515** conformément au tableau ci-dessous. Vous pouvez inscrire un code différent sur chaque ligne de service (maximum de trois codes).
  - o La valeur 1 dans la case R (pour rôle).
  - o La valeur 0 dans la case HONORAIRES.
- Inscrire le lieu de suivi habituel dans la case **ÉTABLISSEMENT**. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou les codes 54XXX, 55XXX ou 57XXX si le cabinet détient un numéro de facturation attribué par la RAMQ. Pour un établissement, inscrire le numéro approprié soit CLSC, UMF-CH, GMF (établissement) et clinique-réseau (établissement).
- **Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement.** Les demandes de paiement comportant aussi des services ou des forfaits seront rejetées, les services ou forfaits seront coupés à l'état de compte ET l'inscription sera annulée.
- Ne rien inscrire dans la section « **Visites** ».
- Inscrire zéro dans la section « **Total** » (pour total des honoraires).
- Pour chacun des codes que vous désirez inscrire vous devez préciser la date, le code, la valeur 1 dans la case R (pour rôle) et la valeur 0 dans la case HONORAIRES.

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
99500	01	Problèmes de santé mentale ( <i>DSM-IV</i> ) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
99501	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
99502	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque.
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète excluant le diabète de grossesse.
99505	06	Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone.
99506	07	VIH/SIDA.
99507	08	Maladies dégénératives du système nerveux central.
99510	09	Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.
99511	10	Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode;
99512	11	Troubles dépressifs majeurs récidivants.

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
99513	12	Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute
99514	13	Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anti-coagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99515	14	Fibrillation auriculaire nécessitant une anti-coagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99509		Personne de 70 ans ou plus en santé donc qui ne présente aucun des états pathologiques précédents. <b>N.B.</b> : Pour cette condition, la Régie calculera l'âge de la personne assurée avec son NAM, et l'inscrira dans le groupe de vulnérabilité approprié (II ou IV).

#### IMPORTANT :

*Si la personne assurée présente l'un des problèmes de santé numérotés de 01 à 14, vous devez inscrire le code d'acte qui correspond à cette catégorie, peu importe son âge.*

*Si la personne assurée âgée de 70 ans ou plus ne présente aucun de ces problèmes de santé, vous devez inscrire le code d'acte **99509**.*

*Lorsque la personne assurée ne présentait aucun des états pathologiques visés par cette entente lors de son inscription antérieure et obtient un diagnostic relié à l'un des problèmes de santé numérotés de 01 à 14, veuillez :*

- *Modifier l'inscription existante en ajoutant le code de catégorie de problème de santé en le transmettant à l'aide du formulaire n° 4094 électronique par le biais d'Internet.*
- *La date de début du problème de santé correspond à celle de l'examen ou de la thérapie effectué.*
- *Ajouter le code de catégorie de problème de santé et sa date de prise d'effet sur votre formulaire papier n° 4093 signé antérieurement par votre client et conservez-le pour vos dossiers.*

**Aucune modification d'inscription n'est possible avec la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 ».** Vous devez transmettre les modifications d'inscription par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

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

*Prière d'inscrire seulement le code relié à la pathologie du patient. Ne pas inscrire les codes 99509 et 99800.*

#### REMARQUE :

*Les formulaires n° 1200 servant à l'inscription de la clientèle vulnérable ne font pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.*

*Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Il est **obligatoire** de consulter votre rapport d'erreurs car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'inscription a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Veuillez noter que les demandes d'inscription acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.*

*Si vous nous les acheminez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos formulaires n° 1200 réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'inscription et devrez les soumettre à nouveau.*



*En GMF, si vous souhaitez inscrire pour l'EP GMF un patient que vous aviez déjà identifié à la Régie en vertu de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle à titre de médecin de famille, vous devez remplir un formulaire Internet n° 3876. Vous devez conserver une copie papier dûment signée par les deux parties du formulaire n° 3876 transmis à la Régie. En effet, le formulaire n° 4093 signé antérieurement pour le même patient n'autorise pas la facturation en GMF des forfaits relatifs à ces clientèles.*

*En GMF, si vous souhaitez inscrire un de vos patients à l'entente particulière de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, vous devez remplir le formulaire Internet n° 3876 y compris pour les personnes âgées de 70 ans ou plus qui ne présentent aucun des états pathologiques numérotés de 01 à 14 et pour lesquelles aucun code spécifique ne s'applique.*

## 6.00 Modalités spécifiques de rémunération

6.01 **Forfait annuel de prise en charge** : un forfait annuel de prise en charge, sur la base de l'année civile, est payé au médecin auprès duquel un patient vulnérable est inscrit selon les modalités suivantes :

A) Le montant de ce forfait selon le groupe de vulnérabilité du patient est le suivant :

Groupe de vulnérabilité	Cabinet/domicile (GMF ou non)	Établissement CLSC/UMF (GMF ou non)
Groupe I :	45 \$	34 \$
Groupe II :	40 \$	30 \$
Groupe III :	53 \$	40 \$
Groupe IV :	50 \$	38 \$
Groupe V :	70 \$	54 \$

B) Lors de l'inscription d'un patient, le médecin identifie, s'il y a lieu, une catégorie de problèmes de santé telle que définie au paragraphe 5.01.

Il peut, en tout temps, identifier une telle catégorie pour un patient déjà inscrit ou la modifier, le cas échéant. Il doit en aviser la Régie au plus tard quatre-vingt (90) jours suivant l'examen au cours duquel le problème est identifié ou modifié à défaut de quoi cette identification ou modification est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou UMF rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'identification ou de la modification, doit informer la Régie de la date de l'examen ou de la thérapie donnant effet à cette identification ou modification.

C) Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

- le pourcentage de majoration appliqué au forfait annuel relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération du dernier forfait de responsabilité ou du dernier examen ou thérapie payé au médecin pour ce patient au cours de l'année d'application en cause. Dans le cas où, par la suite, la rémunération du médecin passe d'un taux de majoration à un autre, le nouveau taux de majoration s'applique au forfait annuel à partir du premier examen, de la première thérapie ou du premier forfait de responsabilité réclamé selon le nouveau taux applicable;
- dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait annuel est celui appliqué à sa rémunération du dernier forfait de responsabilité ou, à défaut, des services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

- D) Pour donner droit au forfait annuel de prise en charge, un patient doit être considéré comme un patient vulnérable actif au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du versement du forfait annuel. Est considéré comme vulnérable actif, le patient qui a rencontré son médecin de famille auprès duquel il est inscrit, ou, dans le cas d'une UMF, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 D) ci-dessous, au cours des douze (12) mois précédents.

Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait est payé à partir de la date du premier examen, de la première thérapie ou du premier forfait de responsabilité facturé pour ce patient par son médecin, ou, dans le cas d'une UMF, par un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 D) ci-dessous, au cours de l'année d'application et le montant payé est proportionnel au nombre de mois de l'année d'application qui reste à écouler, incluant le mois de l'examen, de la thérapie ou du forfait de responsabilité.

- E) Le forfait annuel est payé à partir du mois de l'inscription du patient ou de l'atteinte de 70 ans, ou, selon le cas, du mois de l'identification de la catégorie du problème de santé. Il est rajusté, s'il y a lieu, à compter du mois de la modification du problème de santé ou encore de la date de l'atteinte de 70 ans ou de 80 ans du patient. Il en est de même pour le changement de lieu de suivi du patient. Cette disposition est conditionnelle au respect du délai apparaissant, selon le cas, aux paragraphes 4.04 ou 6.01 B).
- F) Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait annuel de prise en charge payé 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, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.
- G) Le forfait annuel de prise en charge est versé trimestriellement, le premier trimestre débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année de l'année d'application.
- H) Au 31 janvier de l'année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, le nombre de ses patients vulnérables actifs pour chacun des cinq (5) groupes de vulnérabilité selon le lieu de suivi habituel et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute.

Lors du versement trimestriel, la Régie transmet la liste des patients vulnérables actifs, le groupe de vulnérabilité auquel chacun appartient, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 6.01 C) ci-dessus.

6.02 **Forfait de responsabilité** : un forfait de responsabilité est payé à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée auprès du patient vulnérable inscrit selon les modalités suivantes :

- A) Le médecin qui exerce en cabinet ou à domicile reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou thérapie effectué en cabinet ou à domicile auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. Ce forfait est de 9 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 9,20 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et de 9,35 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**AVIS** : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes sur votre « Demande de paiement - Médecin n° 1200 » :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit **en cabinet**;
- le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit et suivi **à domicile**;
- dans la case **ÉTABLISSEMENT**, le **numéro de facturation spécifique octroyé au cabinet par la RAMQ** ou le code de localité pour les services rendus à domicile ou dans un cabinet ne détenant pas de code spécifique;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;
- le forfait doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie effectué et sur la même demande de paiement.

- B) Le médecin qui exerce dans un lieu de dispensation de services rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 3.01 de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou thérapie effectué dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. Ce forfait est de 6,75 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 6,90 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et de 7 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

**AVIS :** Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes sur votre « Demande de paiement - Médecin n° 1200 » :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité du patient inscrit **en établissement**;
- le code d'établissement;
- les honoraires demandés selon le lieu de dispensation du service;
- le forfait doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie effectué et sur la même demande de paiement.

- C) Le médecin reçoit un forfait au montant prévu aux sous-paragraphe A) ou B) ci-dessus pour chaque examen ou thérapie effectué à domicile selon le lieu habituel de suivi indiqué lors de l'inscription de ce patient.

**AVIS :** Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes sur votre « Demande de paiement - Médecin n° 1200 » :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15170** pour le forfait de responsabilité du patient vu **à domicile** lorsque le lieu habituel de suivi est un établissement;
- le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité du patient vu **à domicile** lorsque le lieu habituel de suivi est un cabinet;
- le **numéro de facturation octroyé par la Régie** ou le code de localité seulement pour un cabinet n'en détenant pas dans la case ÉTABLISSEMENT;
- les honoraires demandés selon le lieu habituel de suivi;
- le forfait doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie effectué et sur la même demande de paiement.

- D) Le forfait de responsabilité s'appliquant à chaque examen ou thérapie peut être payé à un autre médecin que celui auprès duquel le patient est inscrit aux conditions suivantes (cf. annexes IV et V) :

- i) Le médecin fait partie du même groupe de médecins que celui qui a inscrit le patient et exerce dans un cabinet, un CLSC, une clinique-réseau, une UMF adhérente à l'entente particulière relative aux UMF ou un GMF et rend le service dans ce même site de pratique. Le site de pratique est défini comme étant un emplacement situé à la même adresse civique;

**AVIS :** Voir annexe IV de la présente entente, formulaire « Consentement à la pratique de groupe aux fins du paiement du forfait de responsabilité n° 4060 ».

- ii) Les médecins du groupe consentent à ce que le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin du groupe;
- iii) Les médecins ne forment qu'un groupe par site de pratique;

Toutefois, dans le cas où un GMF ou une UMF partage un site avec des médecins qui ne font pas partie du GMF ou de l'UMF, les règles suivantes s'appliquent :

- a) Lorsqu'un GMF est concerné, l'ensemble des médecins membres des deux groupes, qui consentent à ce que le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin des deux groupes, peuvent former un seul groupe aux fins du partage du forfait de responsabilité;

À défaut, les médecins du GMF et ceux non-GMF mentionnés à l'alinéa précédent peuvent au plus former deux groupes. Le premier est constitué des médecins du GMF. Le second peut inclure tous les médecins du même site de pratique qui souhaitent en faire partie, y compris ceux du GMF;

- b) Lorsqu'une UMF, qu'elle soit en CLSC ou en CH, est concernée, les médecins de l'UMF doivent former un groupe distinct afin que les dispositions des sous-paragraphes 4.05 et 6.01 D) ci-dessus puissent s'appliquer. Un second groupe peut également être formé de médecins qui font ou non partie de l'UMF si l'UMF est rattachée à un CLSC;
- iv) Seuls les patients inscrits au site en cause donnent lieu à la facturation du forfait de responsabilité par un des médecins du groupe de ce site.

Toutefois, le GMF ou l'UMF qui comprend plusieurs sites de dispensation de services peut former autant de groupes de médecins qu'il y a de sites et tous les médecins peuvent faire partie de chacun des groupes. Le forfait de responsabilité peut être partagé même si le site d'inscription n'est pas le site de dispensation du service pourvu que le médecin du GMF ou de l'UMF fasse partie du groupe formé à ce site de dispensation du service;

- v) Le médecin du groupe qui facture le forfait de responsabilité, doit :
  - a) Avoir accès au dossier du patient s'il le juge nécessaire;
  - b) S'assurer que, suite à la visite du patient, sa note d'examen soit insérée au dossier médical de ce dernier afin que le médecin auprès duquel le patient est inscrit puisse la consulter en temps opportun;
  - c) Avoir une pratique de prise en charge et de suivi de patients vulnérables au même site de pratique sous réserve du deuxième alinéa du sous-paragraph 6.02 D) iv). Le médecin dont la pratique s'oriente davantage vers le suivi d'une clientèle en obstétrique ou le suivi des enfants âgés de 0 à 5 ans, de même que le nouveau médecin facturant ou celui qui est en processus de développement de clientèle répond à cette condition;
- vi) Un code unique identifiant le site de pratique est utilisé par tous les médecins du groupe formé à ce site, qu'ils exercent en cabinet, en CLSC, en GMF ou en UMF, pour la réclamation des services dispensés à la clientèle vulnérable ainsi que des forfaits de responsabilité s'y rattachant;

**AVIS** : Voir annexe V de la présente entente, formulaire « Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet n° 4066 ».

- vii) Les noms des médecins ayant consenti à faire partie d'un groupe ainsi que le nom du médecin responsable du groupe, soit le chef de l'UMF ou le médecin responsable du GMF, de même que le nom du médecin contact du cabinet ou du CLSC, sont transmis, avec leur autorisation et leur numéro de pratique, à la Régie par le médecin responsable ou par le médecin contact, le cas échéant;

Dans le cas de l'UMF ou du GMF qui comporte plus d'un site de dispensation de services, le médecin responsable informe la Régie des sites en cause, du nom des médecins formant le groupe à chacun des sites ainsi que de leur numéro de pratique;

- viii) Le comité paritaire peut accorder une dérogation aux médecins qui ne répondent pas à certaines des conditions décrites ci-dessus et les reconnaître comme groupe aux fins du présent article. Il en avise alors la Régie ainsi que des modalités spécifiques s'appliquant à leur cas.

**6.03 Discussion de cas** : la participation à une discussion de cas par le médecin qui exerce en cabinet est rémunérée selon les modalités suivantes :

A) Conditions d'applications :

- i) il s'agit d'une rencontre ou d'une conférence téléphonique formelle;

- ii) la discussion de cas concerne un ou plusieurs patients vulnérables inscrits par ce médecin. Toutefois, malgré ce qui précède, elle s'applique également au patient inscrit qui ne répond pas à la définition de patient vulnérable mais dont les problèmes de santé mentale, incluant les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, justifient la tenue d'une discussion de cas.

Le médecin qui assure la responsabilité d'un patient admis en CH ne peut se prévaloir des dispositions relatives à la discussion de cas pour la durée de l'admission du patient.

- iii) cette discussion se tient avec un ou des intervenants du CSSS (à l'exception, pour le médecin qui œuvre en GMF, du personnel du CSSS qui exerce au sein de ce même GMF), de tout autre établissement, d'un organisme communautaire pertinent ou du milieu scolaire;
- iv) elle a une durée d'au moins quinze (15) minutes;
- v) la facturation doit préciser l'identité du patient et, en renseignements complémentaires, l'identité des autres patients concernés;
- vi) elle doit donner lieu à des notes au dossier de chacun des patients concernés.

B) Le tarif :

- (15153) Par période de quinze minutes : 25 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 25,50 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et de 26 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009
- (15154) Par période de quinze minutes si plus d'un patient sont concernés : 25 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 25,50 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et de 26 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009
- (15155) Supplément de déplacement : 25 \$ jusqu'au 30 septembre 2008, de 25,50 \$ à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008 et de 26 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

Cette activité est rémunérée pour un maximum de soixante (60) minutes si un seul patient est concerné et pour un maximum de cent vingt (120) minutes si plus d'un patient sont concernés.

**AVIS** : Pour la facturation d'une discussion de cas **pour une personne assurée**, veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **15153** dans la section « Actes » par période de 15 minutes;
- le nombre de périodes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- indiquer le **numéro de cabinet ou de localité** dans la case ÉTABLISSEMENT;
- l'heure de début et de fin de la période de discussion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

ou

Pour la facturation d'une discussion de cas **pour plus d'une personne assurée**, veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE d'une des personnes assurées;
- le code **15154** dans la section « Actes » par période de 15 minutes;
- le nombre de périodes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- indiquer le **numéro de cabinet ou de localité** dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le numéro d'assurance maladie des autres personnes assurées et l'heure de début et de fin de la période de discussion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Lorsque **vous devez vous déplacer** pour effectuer une discussion de cas avec les intervenants désignés, veuillez utiliser le code d'acte **15155**.

- inscrire l'heure de départ pour l'établissement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**NOTE** : Le supplément de déplacement doit être facturé sur la même demande de paiement que le code d'acte de discussion de cas (15153 ou 15154).

6.04 **Soutien au démarrage en cabinet** : un forfait de soutien au démarrage d'une pratique en cabinet privé par patient vulnérable inscrit est versé selon les modalités suivantes :

A) Conditions d'application :

- i) Le médecin a obtenu son permis de pratique en 2006 ou subséquemment;
- ii) Il ne peut se prévaloir des dispositions du présent paragraphe qu'au cours de ses trois (3) premières années de pratique;
- iii) Il commence à se prévaloir des dispositions du présent paragraphe au plus tard le 31 mars 2010;
- iv) Le médecin inscrit le patient, le prend en charge et en assure le suivi;
- v) Le patient pour lequel le médecin se prévaut des dispositions du présent paragraphe doit présenter les caractéristiques suivantes :
  - Il fait partie d'un des groupes de vulnérabilité apparaissant au paragraphe 5.02 de la présente entente;
  - Le patient n'a pas déjà identifié un médecin de famille dans le cadre de l'entente relative aux clientèles vulnérables, ou n'est pas inscrit en vertu de l'entente particulière relative aux GMF ou encore de la présente entente relative à la prise en charge et au suivi.

Malgré ce qui précède, un patient déjà inscrit peut donner lieu au paiement d'un forfait de démarrage s'il a modifié son lieu de travail ou de résidence de façon significative ou si le médecin auprès duquel il était inscrit modifie son lieu de pratique de façon significative, réduit ou cesse sa pratique de première ligne.

**AVIS** : *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la Régie mentionnant qu'il désire se prévaloir de cette mesure en indiquant la date à laquelle il veut commencer à s'en prévaloir. La lettre doit être transmise à l'adresse suivante :*

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

B) Modalités de rémunération :

- i) Deux forfaits de 50 \$ sont payés pour chacun des cent cinquante (150) premiers patients vulnérables que le médecin inscrit pendant les trois (3) premières années de sa pratique à partir de l'année d'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec.

Sont exclues de la comptabilisation des années de pratique, les périodes d'invalidité totale, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois et les années de pratique comme médecin militaire pour le compte des Forces armées canadiennes;

**AVIS** : *Si vous êtes dans une des situations précédentes, vous devez en informer la Régie en écrivant à l'adresse ci-dessus mentionnée.*

- ii) Le premier forfait est payé lors de l'inscription et le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectuée au moins douze (12) mois suivant l'inscription;
- iii) Ces forfaits de soutien au démarrage sont payés en sus des autres modalités de rémunération prévues dans le cadre de la présente entente.

**AVIS** : *Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15156** à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie lors de l'inscription du patient vulnérable;
- le code **15157** lors d'un examen ou d'une thérapie effectuée plus de 12 mois suivant l'inscription;

- le code de cabinet GMF ou clinique-réseau ou le code de localité dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
- le forfait doit être facturé sur la même demande de paiement que l'examen ou la thérapie ainsi que le forfait de responsabilité.

### SECTION III : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE CERTAINES CLIENTÈLES OBSTÉTRICALES ET PÉDIATRIQUES

#### 7.00 Clientèles obstétricales

7.01 **Examen de prise en charge de grossesse** : cet examen comporte tous les éléments de l'examen complet majeur pertinents à l'évaluation et à la prise en charge de la patiente enceinte ainsi que le complètement du formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou en usage dans un établissement. Il est rémunéré selon les modalités suivantes :

- A) Le médecin exerce dans un des lieux de pratique prévu au paragraphe 3.01 A) et lorsqu'il exerce en établissement, il y est rémunéré selon le mode de l'acte pour l'ensemble de sa pratique;
- B) Un seul examen de prise en charge de grossesse par grossesse est payable à un médecin;
- C) À l'égard d'une patiente, depuis le début de sa grossesse, cet examen tient lieu de l'examen complet majeur et le médecin est soumis à la limitation s'appliquant à l'examen complet majeur (préambule général de l'annexe V, article 2.2.3);
- D) Le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse est de 75 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 56,25 \$ lorsque le médecin exerce en établissement.

**AVIS** : Veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **00059** pour l'examen de prise en charge de grossesse **en cabinet, à domicile ou en établissement**;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas;
- seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut réclamer l'examen de prise en charge dans un établissement.

7.02 **Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse** : des suppléments peuvent être facturés par le médecin qui exerce dans un des lieux reconnus au paragraphe 3.01 A) ci-dessus :

- A) Un supplément à l'examen de prise en charge de grossesse est accordé lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est de 40 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 30 \$ lorsqu'il exerce en établissement.

**AVIS** : Pour facturer le supplément, veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **15159** dans la section « Actes » pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse **en cabinet, à domicile ou en établissement**;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas;
- inscrire la date prévue de l'accouchement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
- **le supplément doit être facturé à la même date que l'examen de prise en charge et sur la même demande de paiement (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer l'examen).**

- B) Un supplément s'ajoute également à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse. Ce supplément est de 10 \$ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 7,50 \$ lorsqu'il exerce en établissement.

**AVIS :** *Veillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :*

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code **15144** pour le supplément en **cabinet ou à domicile**;*
- *le code **15145** pour le supplément en **établissement**;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas;*
- ***le supplément doit être facturé à la même date que l'examen et sur la même demande de paiement. (sauf pour les médecins à TH ou HF qui ne peuvent facturer l'examen).***

Ces suppléments peuvent être facturés par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, l'examen de prise en charge de grossesse ou l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas.

Ces suppléments peuvent être facturés même si le médecin ne détient pas de privilèges en obstétrique. Lorsque le médecin ne prévoit pas effectuer lui-même l'accouchement de la patiente enceinte, une entente doit avoir été conclue avec un autre médecin qui exerce en obstétrique afin d'assurer le suivi lorsque requis ainsi que l'accouchement de la patiente.

## **8.00 Clientèles pédiatriques**

- 8.01 **Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans :** le médecin qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Les modalités suivantes s'appliquent :

- A) Le montant du supplément est de 15 \$ en cabinet et de 11,25 \$ en établissement.

Le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans peut être facturé en établissement par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte.

**AVIS :** *Pour facturer le supplément, veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n°1200 » et inscrire les données suivantes :*

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code **08877** dans la section « Actes » pour le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans **en cabinet ou en établissement**;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC ou UMF) selon le cas.*

**NOTE :** *Le supplément ne peut être payé à l'occasion d'une consultation.*

**AVIS :** ***En GMF :** veuillez remplir et transmettre le formulaire Internet n° 3876 pour identifier cette clientèle à la Régie. Veuillez en conserver une copie papier dûment signée par les deux parties.*

*Si l'enfant âgé de 0 à 5 ans présente un des états pathologiques décrits sous l'article 5.02 de la présente entente particulière, veuillez vous référer à cet avis.*

***Hors GMF :** vous devez remplir et transmettre le formulaire Internet n° 4093 ou une « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » en utilisant le code d'acte **99800** pour identifier un enfant âgé de 0 à 5 ans.*

*Si l'enfant âgé de 0 à 5 ans présente un des états pathologiques décrits sous l'article 5.02 de la présente entente particulière, veuillez vous référer à cet avis.*

*Vous devez conserver une copie du formulaire n° 4093 dûment signé par les deux parties pour chacune de vos inscriptions hors GMF.*



**Adhésion à un GMF** : les formulaires étant différents selon que vous travaillez en GMF, ou non, ne pas oublier de remplir et de faire signer le formulaire GMF n° 3876 lorsque vous changez de mode de fonctionnement c'est-à-dire que vous passez d'une clientèle inscrite hors GMF à une clientèle inscrite en GMF.

- B) Le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;
- C) Le nombre d'examens périodiques admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit :
- 0 à 15 mois : maximum sept (7) examens
  - 17 à 21 mois : un (1) examen
  - 23 à 27 mois : un (1) examen
  - 35 à 39 mois : un (1) examen
  - 47 à 51 mois : un (1) examen
  - 59 à 63 mois : un (1) examen

#### **SECTION IV : MESURES FAVORISANT LA COORDINATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE CSSS**

**9.00** La rémunération des médecins qui collaborent à l'organisation des services est prévue à trois niveaux :

- A) **Organisation des projets cliniques** : sous la responsabilité du CSSS, dans le cadre de l'organisation des services de première ligne reliés aux projets cliniques de son territoire, et en lien avec le DRMG de la région, le médecin qui effectue toute activité, que ce soit sous forme de participation à des réunions tenues sous l'égide du CSSS de son territoire ou encore d'exécution de mandats confiés par le CSSS de son territoire est rémunéré selon les modalités suivantes :
- 1) Le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'Entente;
  - 2) Aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe, pour le médecin qui ne détient pas de nomination du CSSS, la présente entente particulière tient lieu de nomination et autorisation permettant au médecin d'être rémunéré;
  - 3) La définition des activités professionnelles ainsi que leur répartition relèvent du directeur des services professionnels du CSSS;
  - 4) Le relevé d'honoraires du médecin est contresigné par le représentant autorisé du CSSS;
  - 5) Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente alloue à chaque CSSS une banque annuelle d'heures selon des critères qu'il détermine. L'annexe III de la présente entente fait état des banques d'heures allouées.

**AVIS** : Veuillez noter que les établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière sont disponibles dans notre site Internet à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/epcontinue.shtml>

Veuillez remplir le formulaire « Demande de paiement, tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n° 1215 » en y inscrivant le numéro du **CSSS** ainsi que les données suivantes :

- sous mode de rémunération : le mode TH
- sous plage horaire : la ou les plages horaires concernées;
- sous code d'activités : le code 082130 (participation à une réunion);  
le code 082131 (exécution d'un mandat).

Le formulaire doit être contresigné par une personne autorisée du CSSS.

- B) **Organisation et coordination des services de première ligne** : sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services de santé et de services de son territoire, le médecin coordonnateur local, en lien avec le CSSS, collabore à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne du territoire en cause.

Le coordonnateur médical local est nommé par le DRMG après recommandation de l'exécutif du CMDP du CSSS.

Selon les priorités déterminées par le DRMG et le CSSS, le médecin coordonnateur assume les fonctions suivantes :

- Il collabore à la mise sur pied et au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge des clientèles orphelines selon les priorités cliniques établies et pour le suivi requérant une prise en charge rapide du patient à la suite d'un séjour en hospitalisation;
- Il assure la liaison entre le CSSS et les médecins des GMF, des cliniques-réseau, des UMF, des CLSC et des cabinets du territoire;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique);
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement en regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets cliniques sur son territoire.

Le coordonnateur médical local est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le montant du forfait hebdomadaire est de 55,70 \$ à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008 et de 59,65 \$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009;

**AVIS** : Veuillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19103** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro du **CSSS** dans la case ÉTABLISSEMENT;

**Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

- 2) Le médecin coordonnateur peut être assisté ou remplacé par un autre médecin. Toutefois, le médecin qui assume la fonction de coordonnateur médical local doit se prévaloir d'au moins 35 % du nombre de forfaits alloué pour le territoire du CSSS;

Le DRMG transmet à la Régie les noms du médecin coordonnateur de son territoire et de chaque médecin remplaçant ou assistant;

**AVIS** : Le DRMG doit informer la Régie de l'identité des médecins en prenant soin de spécifier la fonction de chacun (coordonnateur, remplaçant, assistant), le nom du CSSS visé et la date de début de la fonction. Il devra également communiquer dans les plus brefs délais toute modification dans l'attribution de ces fonctions en mentionnant la date à laquelle la modification prendra effet. À ces fins, bien vouloir procéder par lettre et transmettre à :

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

- 3) Sous réserve de l'alinéa 8) ci-dessous, un nombre de forfaits est alloué pour chaque territoire de CSSS selon le groupe auquel il appartient en vertu d'une classification basée sur les caractéristiques de la population du territoire selon les critères déterminés par le comité paritaire;

- 4) Le nombre de forfaits alloué, par année, pour chacun des groupes est le suivant :

Groupe auquel appartient le territoire	Nombre de forfaits pour la période d'implantation soit du 1 <sup>er</sup> juillet 2008 au 31 mars 2009	Nombre de forfaits sur une base régulière à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2009
Groupe 1	1 044	954
Groupe 2	859	787
Groupe 3	707	653
Groupe 4	573	536

- 5) L'annexe III fait état du groupe auquel chacun des territoires de CSSS appartient.

**AVIS :** *Veillez noter que les établissements désignés dans l'annexe III de la présente entente particulière ainsi que le groupe auquel chaque établissement appartient sont disponibles dans notre site Internet à l'adresse suivante :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/epcontinue.shtml>

- 6) Aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe, pour le médecin qui ne détient pas de nomination du CSSS, la présente entente particulière tient lieu de nomination et autorisation permettant au médecin d'être rémunéré;
- 7) Le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, exclure certains territoires de CSSS ne comptant pas ou comptant peu de médecins qui pratiquent en cabinet privé de l'application des dispositions du présent paragraphe ayant trait à la désignation et à la rémunération du coordonnateur médical local.

- C) **Prise en charge prioritaire de certaines clientèles :** de façon à faciliter ou favoriser la prise en charge et le suivi de certaines clientèles, par l'entremise du médecin coordonnateur local si besoin, un médecin peut se prévaloir des mesures suivantes :

- 1) Congé en établissement

Le médecin qui complète la feuille sommaire lié au départ d'un patient en temps opportun, au plus tard avant la fin de la journée suivant le départ de ce dernier, reçoit un forfait au montant de 30 \$.

Ce forfait peut être facturé selon le mode de l'acte par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, l'examen du patient donnant lieu à la facturation du congé demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas.

**AVIS :** *Veillez utiliser la « Demande de paiement – Médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code **15158** dans la section « **Actes** »;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- inscrire la lettre « A » dans la case C.S.;
- le code d'établissement 0XXX0, 0XXX2, 0XXX3, 0XXX6, 0XXX8 ou 4XXX7;
- inscrire la date d'entrée et de sortie de l'hospitalisation du patient ou de son séjour en unité de décision clinique dans les cases prévues à cet effet;
- inscrire le lieu où le patient est dirigé suite à son congé d'hospitalisation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**NOTE :** *Le code 15158 ne peut être facturé en CLSC ou en UMF.*

Pour les fins de l'application du présent paragraphe, le patient doit, immédiatement avant son congé, être admis en soins de courte durée dans un des secteurs d'activité suivants d'un centre hospitalier :

- Soins aigus ;
- Soins gériatriques ;
- Soins psychiatriques ;
- Soins palliatifs.

À son départ, le patient doit être dirigé à domicile ou vers un centre de réadaptation, de soins palliatifs ou de longue durée située dans un autre établissement ou dans une autre installation du même établissement.

Lorsqu'un patient fait l'objet d'un suivi par plus d'un médecin, le médecin qui réclame le forfait doit être le principal responsable de l'organisation du congé du patient. Le fait que certains résultats ne soient pas connus ou disponibles lors du congé n'empêche pas le médecin de réclamer le forfait, dans la mesure où il s'assure que les informations pertinentes soient ultérieurement consignées sur la feuille sommaire.

Sont exclus de l'application du présent forfait le congé donné à la suite d'un accouchement vaginal ou par césarienne, le congé du nouveau-né de la pouponnière, de même que le congé du patient pour lequel un constat de décès doit être complété.

## **SECTION V : MODALITÉS RELATIVES À LA CESSATION DE PRATIQUE OU À LA MODIFICATION DE PRATIQUE**

### **10.00 Modalités applicables au forfait d'inscription**

10.01 Le forfait d'inscription n'est pas versé au médecin pour la période où, au sens des articles 11.00 ou 12.00 ci-dessous, selon le cas, il cesse de pratiquer ou il modifie sa pratique pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le forfait d'inscription est versé au prorata des mois précédant la date de début de la période en cause ou suivant la date de reprise des activités, sous réserve des dispositions du paragraphe 4.05 ci-dessus. Le mois de la date effective de début est inclus dans le calcul du prorata alors que le mois de la date de reprise des activités professionnelles en est exclu.

Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la période en cause ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles.

### **11.00 Modalités applicables au forfait annuel de prise en charge en cas de cessation de pratique :**

11.01 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin qui a cessé d'exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la prise de congé ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le paiement cesse le mois suivant le début de la cessation de la pratique du médecin.

À compter de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date du premier examen ou de la première thérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

Aux fins de la présente disposition, durant la période de cessation des activités du médecin, la rémunération versée au médecin pour des activités de ressourcement, de formation médicale ou de perfectionnement n'est pas considérée comme constituant de la pratique au sein du régime d'assurance maladie.

**AVIS** : Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date **effective** de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.

**Par courrier à l'adresse suivante :**

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

**Par télécopieur :** 418 646-8110

- 11.02 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin durant toute la période où il cesse de détenir un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec. Le paiement cesse le mois suivant la date de la perte du permis d'exercice. À compter de la reprise de ses activités professionnelles, les modalités énoncées aux alinéas B), C), D) et E) du paragraphe 10.03 s'appliquent au versement du forfait annuel de prise en charge.

Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin le mois suivant la date à partir de laquelle il est considéré, aux termes de la Loi, comme un professionnel non-participant ou désengagé. À compter de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date du premier examen ou thérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

- 11.03 Dans le cas où le médecin qui cesse d'exercer sa profession est en congé d'invalidité totale pour plus de treize (13) semaines, en congé de maternité ou d'adoption, les modalités de rémunération relativement au paiement du forfait annuel sont les suivantes;

**AVIS** : Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date **effective** de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais. **Si votre absence correspond à un congé d'invalidité**, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant.

**Par courrier à l'adresse suivante :**

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

**Par télécopieur :** 418 646-8110

- A) Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin durant la période de la prise de congé de maternité, d'adoption ou durant la période de congé d'invalidité totale. Ce paiement cesse le premier du mois de la date effective de la prise de congé.

Le médecin doit informer la Régie de la date effective du début de la prise de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale ainsi que de la date effective de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie.

- B) À compter du premier du mois de la reprise de ses activités professionnelles, pour la partie de l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit, le forfait annuel de prise en charge est payé au médecin pour le patient qui n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin et qui répond à une des situations suivantes :
- i) il est inscrit auprès de ce médecin et est actif au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus au 1<sup>er</sup> janvier de la même année civile que celle de la date de la prise de congé;
  - ii) il s'est inscrit auprès de ce médecin au cours de la même année civile que celle de la date de prise de congé ou que celle du retour de congé, étant entendu que l'inscription d'un patient doit coïncider avec la date d'un examen ou d'une thérapie effectuée auprès de ce patient tel que stipulé au paragraphe 4.04 de la présente entente.

- C) La prise de l'un des congés visés par la présente disposition ne doit pas excéder vingt-quatre (24) mois. Dans le cas où le congé excède vingt-quatre (24) mois, les dispositions du paragraphe 11.01 s'appliquent.
- D) Pour l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit la date de la reprise des activités professionnelles du médecin, la rémunération du médecin qui compte le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de la prise de congé au moins deux cents (200) patients inscrits vulnérables et actifs au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus et/ou enfants de moins de 63 mois inscrits et visés par le paragraphe 8.01 de la présente entente, est réputée être sujette à l'application du paragraphe 5.3 1) de l'annexe IX de l'entente générale même si le nombre de patients inscrits est inférieur à 200 patients au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en cause.
- E) Sauf dans le cas où il existe dans le milieu de pratique du médecin un groupe au sens du sous-paragraphe D) du paragraphe 6.02, au moment où le médecin signifie à la Régie la date effective de début du congé, il peut lui transmettre le ou les nom (s) des médecins qui accepte(nt) de prendre en charge ses patients vulnérables inscrits pendant la durée de son congé. Le ou les médecin(s) peut ou peuvent se prévaloir des dispositions relatives au forfait de responsabilité apparaissant au paragraphe 6.02 ci-dessus à compter de la date de début précisé pour la prise en charge le ou les concernant à la Régie. Advenant que le médecin en congé reprenne ses activités professionnelles au cours des treize (13) premières semaines suivant la date de son départ, le ou les médecin(s) ayant pris charge durant cette période des patients vulnérables inscrits auprès du médecin en congé peut ou peuvent se prévaloir des bénéfiques de la présente disposition (cf. annexe VI).

**AVIS** : Voir annexe VI de la présente entente, formulaire « Avis d'absence et de prise en charge temporaire aux fins du paiement du forfait de responsabilité n° 4072 ».

- 11.04 Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, pour cause, selon les modalités qu'il fixe, permettre, à un médecin qui ne répond pas aux conditions énoncées au premier alinéa du paragraphe 11.03, de bénéficier des modalités qui sont spécifiées par cette disposition.

## **12.00 Modalités applicables au forfait d'inscription et au forfait annuel de prise en charge en cas de modification de la pratique**

- 12.01 Le médecin qui modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure de continuer à assurer la prise en charge et le suivi de la plupart de ses patients inscrits au moment de cette modification doit en aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant cette modification. Ces patients cessent d'être inscrits à ce médecin à la date de la modification du lieu de pratique sauf pour ceux pour lesquels le médecin indique à la Régie qu'il croit pouvoir continuer à assurer la prise en charge et le suivi. Il informe alors la Régie du nouveau lieu de suivi de ces patients.

**AVIS** : Vous devez faire parvenir au Service de l'admissibilité et du paiement les informations demandées ci-dessus :

**Par courrier à l'adresse suivante :**

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

**Par télécopieur : 418 646-8110**

- 12.02 Le médecin qui, pour une période de plus de treize (13) semaines, modifie son profil de pratique pour exercer dans un secteur d'activités autre que celui de la médecine de famille de prise en charge et de suivi et qui, conséquemment, n'est plus en mesure d'assurer le suivi de la plupart de ses patients pendant cette période doit également en aviser la Régie. Dans ce cas, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé à ce médecin pour la période en cause. Le paiement cesse le mois suivant le début de la modification de la pratique du médecin;

- Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la modification de sa pratique ainsi que, s'il y a lieu, de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans cette pratique;
- À compter de la reprise de ses activités dans la pratique de médecine de famille de prise en charge et de suivi, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date du premier examen ou de la première thérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

**AVIS :** Vous devez faire parvenir une lettre au Service de l'admissibilité et du paiement indiquant la raison de votre absence, la date de début de l'absence et la date de retour prévue. Lorsque vous connaîtrez votre date **effective** de retour, vous devrez nous en aviser dans les meilleurs délais.

**Par courrier à l'adresse suivante :**

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

**Par télécopieur : 418 646-8110**

## SECTION VI : DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**13.00** Pour la première année d'application du forfait annuel, soit l'année 2007, les dispositions suivantes s'appliquent :

- A) Les patients qui répondent aux conditions de vulnérabilité et qui ont identifié un médecin de famille dans le cadre de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables ou dans le cadre de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce en GMF, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 sont reconnus comme patients inscrits dans le cadre de la présente entente au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Les patients inscrits en 2006 par le médecin qui peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 6.04 relatives au forfait de soutien au démarrage d'une pratique en cabinet sont réputés avoir été inscrits au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et admissibles au versement de ce forfait à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

- B) Le lieu de suivi habituel attribué à chacun de ces patients est déterminé à partir de la facturation la plus récente du forfait de responsabilité dans le cadre de l'entente précitée à l'alinéa précédent, à savoir 9 \$ à l'occasion d'un examen, ou d'une thérapie effectuée par le médecin qui exerce en cabinet ou 22 \$ par année pour celui qui exerce en établissement. Le médecin peut modifier ce lieu de suivi habituel au cours de l'année 2007 et, s'il y a lieu, le niveau du forfait annuel est rajusté rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2007.
- C) Les patients de 70 ans ou plus identifiés dans le cadre de l'entente particulière précitée au premier alinéa du présent paragraphe seront répartis, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, en deux groupes de vulnérabilité soit les groupes II et IV. Lorsqu'un code de vulnérabilité a été indiqué, le patient est rattaché au groupe de vulnérabilité III ou V selon son âge.
- D) Pour les patients visés à l'alinéa précédent et pour lesquels aucun code de vulnérabilité n'a été indiqué dans le cadre de l'entente particulière précitée au premier alinéa du présent paragraphe, le médecin peut, au cours de l'année 2007, indiquer, s'il y a lieu, le ou les problèmes de santé décrits au paragraphe 5.01 de la présente entente et permettre leur reclassification dans les groupes III ou V. Le niveau des forfaits est rajusté rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2007.
- E) À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006, le médecin peut inscrire, à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie, les patients faisant partie d'une des catégories de problèmes telles que décrites au paragraphe 5.01 de la présente entente incluant certains problèmes de santé mentale et les maladies inflammatoires non reconnus par l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables qui prend fin le 31 décembre 2006.

F) Au 31 janvier 2007, la Régie transmet, par courrier, à chacun des médecins, le nombre de ses patients actifs pour chacun des cinq groupes de vulnérabilité et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année 2007.

G) Jusqu'à la date d'entrée en vigueur des paragraphes 11.01 et 11.03 soit le 1<sup>er</sup> janvier 2008 en ce qui concerne le forfait annuel de prise en charge, ce forfait est payé au médecin durant la période de la prise de congé selon les modalités prévues au paragraphe 6.01.

Aux fins de l'application de l'annexe XVI de l'entente générale, le forfait annuel de prise en charge versé au médecin n'est pas considéré dans le calcul de la rémunération moyenne hebdomadaire aux fins de la détermination de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption.

H) Tout patient vulnérable actif et inscrit au 31 décembre 2008 en vertu de l'entente relative à la médecine de famille de prise en charge et de suivi ou tout enfant âgé de 0 à 5 ans inscrit au 31 décembre 2008 est réputé avoir été inscrit au 1<sup>er</sup> janvier 2009 pour les fins de l'alinéa ci-dessous.

Le ou vers le 31 mars 2009, pour l'année d'application 2009, la Régie verse, par anticipation, au médecin, le forfait d'inscription pour les patients décrits à l'alinéa précédent. Un seul forfait est versé par patient.

## **MISE EN VIGUEUR**

**14.00** La présente entente particulière entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2008 à l'exception de son article 9.00 B) qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et de ses articles 4.00, 10.00 et 12.00 qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

## **Extrait paraphé de l'E.P. – GMF**

**5.06** Les modalités d'application et de rémunération de l'inscription du patient sont celles de l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle compte tenu des dispositions du paragraphe 8.02 de la présente entente.



## Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille

Entente particulière relative aux services de  
médecine de famille de prise en charge et  
de suivi de la clientèle

IMPRIMER LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ICI OU REMPLIR LA SECTION 1

# SPECIMEN

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE

Nom de famille à la naissance		
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance A   M   J	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Représentant légal d'un enfant de moins de 14 ans ou d'une personne inapte</b>		
Nom de famille à la naissance	Prénom usuel	
Le représentant agit à titre de :	<input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> mandataire <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> tuteur	Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père pour un enfant âgé de moins d'un an

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro de pratique
Je confirme que je suis le médecin qui assure la prise en charge et le suivi régulier des soins requis par l'état de santé de la personne inscrite nommée à la section 1.		
Signature	Date	Année   Mois   Jour A   M   J

### 3. CONFIRMATION DE LA PERSONNE INSCRITE OU DE SON REPRÉSENTANT

Je confirme que mon unique médecin de famille est _____ , et ce, depuis le jour où j'ai signé le dernier formulaire d'inscription le désignant comme mon médecin de famille. J'annule par la présente tout formulaire signé avec un ou d'autres médecins de famille depuis cette date.		
Signature	Date	Année   Mois   Jour A   M   J

Envoyer à l'adresse suivante :

**Régie de l'assurance maladie du Québec**  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4  
Télécopieur : 418 646-8110

## Quand utiliser ce formulaire?

Ce formulaire doit être utilisé dans le cas où un médecin de famille constate que son patient a été inscrit par erreur auprès d'un second médecin de famille.

## GUIDE DE REMPLISSAGE

Vous pouvez imprimer la carte d'assurance maladie dans l'espace prévu à cette fin. Veuillez toutefois vous assurer que les renseignements sont bien lisibles. Par contre, s'il s'agit d'un enfant âgé de moins de 14 ans ou d'une personne inapte, les renseignements sur le représentant légal doivent être inscrits dans la section 1, « Renseignements sur la personne inscrite ».

### Section 1 Renseignements sur la personne inscrite

Indiquer le nom de famille à la naissance, le prénom usuel, le numéro d'assurance maladie, la date de naissance et le sexe de la personne inscrite qui désire confirmer son inscription auprès du médecin de famille désigné à la section 2. Selon la situation, les renseignements sur le représentant légal doivent être indiqués aux endroits prévus.

### Section 2 Renseignements sur le médecin de famille

Inscrire le nom, le prénom et le numéro de pratique du Collège des médecins du Québec.

Le médecin de famille qui appose sa signature et qui inscrit la date du jour dans la section 2 confirme qu'il est le médecin qui **assure la prise en charge et le suivi régulier des soins requis par l'état de santé de la personne inscrite** nommée à la section 1. La personne inscrite doit avoir antérieurement signé un formulaire le désignant comme son médecin de famille, et cette désignation doit avoir pris fin lorsqu'elle a désigné un autre médecin de famille par la suite.

### Section 3 Confirmation de la personne inscrite ou de son représentant

Inscrire le prénom et le nom du médecin de famille auprès duquel la personne inscrite souhaite confirmer son inscription. En apposant sa signature et la date du jour aux endroits prévus, la personne inscrite (ou son représentant légal) annule la validité du ou des formulaires d'inscription auprès d'un médecin de famille qu'elle a signés après avoir désigné le médecin nommé à la section 2 comme son médecin de famille. Elle confirme donc que son médecin de famille habituel est le médecin désigné à la section 2.

### Envoi du formulaire

L'original du formulaire signé et daté peut être posté à l'adresse indiquée. Si le formulaire est transmis par télécopieur, l'original du document doit être acheminé à l'adresse mentionnée au recto, et une copie doit être conservée au dossier médical de la personne inscrite.

**IMPORTANT : NE PAS ENVOYER CE DOCUMENT À LA RÉGIE.**

**Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle**

**1 - Renseignements sur la personne assurée**

Nom de famille à la naissance		Prénom	
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance	Sexe	
	A   M   J	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

**2 - Déclaration de la personne assurée**

Je désigne le professionnel de la santé mentionné à la section 5 comme mon unique médecin de famille et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure.

Signature	<b>SPÉCIMEN</b>	Date
X		A   M   J

**3 - Renseignements sur le représentant de la personne assurée âgée de moins de 14 ans ou inapte**

Nom de famille du représentant		Prénom	
Le représentant agit à titre de :			
<input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> mandataire <input type="checkbox"/> curateur			
Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.		Numéro d'assurance maladie	
Signature du représentant		Date	
X		A   M   J	

**4 - Caractéristiques**

Nom du lieu du suivi habituel		Code (s'il y a lieu)	
		Code	Date de début du code
			A   M   J
Numéro de cabinet, code de localité ou numéro d'établissement		Code	Date de début du code
			A   M   J
Date de début de désignation du lieu			
A   M   J			
	Code	Date de début du code	
		A   M   J	

**5 - Renseignements sur le médecin de famille**

Nom	Prénom	Numéro de pratique
J'accepte, conformément à mon code de déontologie, d'être le médecin de famille de la personne assurée nommée à la section 1.		
Signature		Date
X		A   M   J

**La personne assurée ou son représentant, doit conserver une copie de ce formulaire dûment rempli et signé, et une autre doit être conservée au dossier médical.**

## INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

### **Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu d'une entente relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle.

Dans le cadre de cette entente particulière, votre médecin doit vous demander de remplir le présent formulaire. Celui-ci vous permet de désigner votre médecin de famille, soit celui qui prend en charge et qui assure le suivi des soins requis par votre santé, en d'autres termes, votre médecin habituel.

La date figurant dans la section 2, « Déclaration de la personne assurée », correspond à la date de début de l'engagement et elle doit correspondre à la date d'un examen ou d'une thérapie effectué par votre médecin de famille.

Vous devez désigner comme votre médecin de famille habituel un seul médecin omnipraticien. Vous pouvez cependant changer de médecin de famille si vous le désirez. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer un nouveau formulaire chez le médecin que vous voulez désigner comme votre médecin de famille. Vous ne devez pas vous adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour effectuer ce changement.

Ce formulaire n'a pas pour effet de vous empêcher de consulter d'autres médecins omnipraticiens ou spécialistes, et vous demeurez libre de le signer ou non.

**La personne assurée ou son représentant doit conserver une copie de ce formulaire dûment rempli et signé, et une autre doit être conservée au dossier médical.**