

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 20 décembre 2006

À l'intention des médecins omnipraticiens

## Nouvelle entente relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle**. Cette entente prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Vous trouverez le texte officiel paraphé dans la [Partie II](#) du présent communiqué.

### FAITS SAILLANTS

- A. Cette entente particulière (E.P.) remplace, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, celle sur la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables ainsi que les dispositions de la section VII sur les clientèles vulnérables de l'Annexe V de l'E.P. GMF. Par conséquent, **les codes 08894, 08895, 15038 et 15039 ne pourront plus être facturés après le 31 décembre 2006**. Les nouveaux codes à utiliser sont mentionnés plus loin dans le texte et sont regroupés dans le tableau de la page 5/7.
- B. **Lieux de prise en charge et de suivi** habituels reconnus visés par cette nouvelle E.P. : cabinet privé, CLSC, CH-UMF, GMF (cabinet ou établissement) et clinique-réseau (cabinet ou établissement) (voir paragr. 1.01, Partie II, page 1/10).
- C. **Catégories de problèmes de santé** : ajout d'une catégorie « Maladies inflammatoires chroniques... » et modification de la catégorie des problèmes de santé mentale; des précisions sont apportées à la catégorie sur la toxicomanie; les autres catégories demeurent inchangées (voir paragr. 4.01, Partie II, page 2/10).
- D. **Groupes de vulnérabilité** : répartition des patients en cinq groupes de vulnérabilité selon l'âge et la présence ou non d'un problème de santé (voir paragr. 4.02, Partie II, page 2/10).
- E. **Nouvelles modalités pour le forfait de responsabilité** (paragr. 5.02) : **a)** ce forfait est désormais payable non seulement à l'occasion d'un examen, mais aussi **d'une thérapie** auprès d'un patient vulnérable inscrit. Par thérapie, on entend la thérapie de soutien et la thérapie psychiatrique de soutien. **Les consultations demeurent exclues.** **b)** De plus, le forfait annuel de 22 \$ au bénéfice du médecin exerçant en CLSC et en UMF est aboli. Lorsqu'il exerce en établissement, le médecin peut maintenant recevoir un forfait de responsabilité lors de chaque examen ou thérapie. **c)** Le code de facturation du forfait de responsabilité (**15169**) est le même en cabinet ou en établissement.

Quant au tarif, il varie selon le lieu où l'examen ou la thérapie est effectué. Il est de 9,00 \$ en cabinet et de 6,75 \$ en établissement (voir paragr. 5.02, Partie II, page 6/10).

**Domicile** : pour le forfait de responsabilité facturé pour un examen ou une thérapie effectué à domicile, c'est le **lieu de suivi habituel** déterminé par le médecin lors de l'inscription du patient qui déterminera le tarif. Il sera de 6,75 \$ si le lieu d'inscription est l'établissement (code **15170**) et de 9,00 \$ si le lieu d'inscription est le cabinet (code **15171**). Le forfait et l'examen ou la thérapie doivent être facturés selon le lieu de suivi habituel (cabinet ou code de localité, CLSC, UMF-CH ou GMF) (voir avis sous le paragr. 5.02, alinéa C), Partie II, page 6/10).

F. **Ajout d'un forfait annuel** de prise en charge, sur la base de l'année civile, **versé par la Régie pour chaque patient inscrit considéré actif au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile en cause**, et ce, dans tous les lieux de pratique reconnus (paragr. 5.01, Partie II, pages 4 et 5/10) :

- 1) Pour qu'un patient soit considéré actif, il faut qu'il ait fait l'objet d'un examen ou d'une thérapie ayant permis la facturation d'un forfait de responsabilité au cours de l'année civile antérieure. Cependant, des dispositions transitoires pour la première année d'application sont prévues à l'article 7.00. On vous mentionnait également dans le [communiqué 098 du 4 décembre 2006](#) que le portrait de vos patients vulnérables (nombre de vos patients vulnérables inscrits ainsi que leur distribution selon le groupe de vulnérabilité) servira de point de départ pour déterminer le nombre et la valeur des forfaits annuels auxquels vous aurez droit pour l'année 2007.
- 2) Si un patient ne rencontre pas cette condition de patient actif, le forfait annuel est payable à partir de la date du premier examen ou thérapie fait en cours d'année permettant de facturer un forfait de responsabilité. Dans le cas d'un nouveau patient qui n'était pas auparavant inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait est payable à compter de sa date d'inscription. Celle-ci doit coïncider avec un examen ou une thérapie permettant de facturer le forfait de responsabilité. Si un nouveau patient était auparavant inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait annuel devient payable à compter du mois suivant l'inscription, bien que le forfait de responsabilité demeure payable à la date de l'examen ou de la thérapie donnant lieu à l'inscription.
- 3) Le tarif du forfait dépend du groupe de vulnérabilité du patient et du lieu de suivi habituel inscrit pour ce patient; le lieu peut être modifié une fois par année civile. Le niveau de forfait sera alors ajusté à compter du mois suivant la date de modification du lieu de suivi.
- 4) **Aucune facturation n'est requise pour recevoir le forfait annuel.** La Régie effectuera le calcul du forfait à payer proportionnellement au nombre de mois à écouler dans l'année incluant le mois de l'examen ou de la thérapie permettant de facturer le forfait de responsabilité.
- 5) Le forfait est payable trimestriellement, le premier trimestre débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Le montant versé est alors fonction de la portion de l'année écoulée au courant du trimestre. La totalité du montant annuel n'est pas versée par anticipation.

G. **Ajout de la discussion de cas** pour le médecin exerçant en **cabinet** (voir paragr. 5.03, Partie II, page 7/10) : une rémunération est prévue pour la participation à une discussion de cas du médecin de famille avec un ou des intervenants du CSSS, de tout autre établissement, d'un organisme communautaire ou du milieu scolaire.

Cette discussion de cas a une durée d'au moins 15 minutes (25 \$ par période de 15 minutes). Elle est rémunérée pour un maximum de 60 minutes lorsqu'un seul patient est concerné (code d'acte **15153** par période de 15 minutes) et pour un maximum de 120 minutes lorsque plus d'un patient est concerné par la même discussion de cas (code d'acte **15154** par période de 15 minutes).

Un supplément de déplacement est prévu si vous devez vous déplacer pour effectuer une discussion de cas (code d'acte **15155**). Il doit être facturé sur la même demande de paiement que la discussion de cas tenue avec les intervenants décrits précédemment. L'heure de départ pour la discussion de cas doit être précisée. (voir instructions de facturation, sous le paragr. 5.03 B) Partie II, page 7/10).

- H. **Ajout du soutien au démarrage** (paragr. 5.04, Partie II, pages 8 et 9/10) : cette disposition concerne un soutien au démarrage d'une **pratique en cabinet privé**. Il s'agit d'un forfait additionnel pour la prise en charge et le suivi d'un patient vulnérable inscrit. Pour se prévaloir du soutien au démarrage, il faut que le médecin ait obtenu son permis de pratique en 2006 ou subséquemment. Il ne peut s'en prévaloir qu'au cours de ses trois premières années de pratique suite à l'obtention du permis de pratique du Collège des médecins du Québec et il doit commencer à s'en prévaloir au plus tard le 31 mars 2010.

**NOTE :** *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la Régie mentionnant qu'il désire se prévaloir de cette mesure et 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  
Case postale 500, Québec (Québec) G1K 7B4*

Durant la période d'admissibilité, le médecin visé peut se prévaloir de deux forfaits successifs de 50 \$ pour **chacun des 150 premiers patients vulnérables** qu'il inscrit. Seul le médecin qui a inscrit le patient peut se prévaloir de ces deux forfaits. Il doit **lui-même** rencontrer le patient à ces deux occasions.

- ✓ Le premier forfait (code d'acte **15156**) est payé lors de l'inscription de chacun des 150 premiers patients inscrits;
- ✓ Le second (code d'acte **15157**) est payé à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectué auprès de chacun de ces mêmes patients au moins 12 mois suivant l'inscription;
- ✓ Advenant qu'un des 150 premiers patients vulnérables inscrits pour lequel il a facturé un premier forfait ne revoit pas le médecin ou ne demeure pas inscrit auprès de lui, le médecin ne peut facturer le deuxième forfait de 50 \$ pour ce patient. Il ne peut substituer un autre patient vulnérable inscrit subséquemment à cette fin, même s'il inscrit au-delà de 150 patients vulnérables.

Les forfaits de soutien au démarrage s'additionnent aux forfaits de responsabilité, annuel et lors des examens et des thérapies.

Le médecin détenant un permis d'exercice depuis 2006 qui aurait, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007, inscrit des patients vulnérables, ne peut se prévaloir des forfaits de soutien au démarrage pour ces patients. Il pourra le faire relativement à tout patient inscrit après le 31 décembre 2006.

- I. **Coordination avec le CSSS** (article 6.00, Partie II, page 9/10) : une rémunération à tarif horaire est prévue pour le médecin exerçant en **cabinet privé** qui collabore à l'organisation des projets cliniques sous la responsabilité du CSSS jusqu'à concurrence du nombre d'heures réservé à cette fin et accordé à chaque CSSS. Sa participation peut être de l'ordre d'une participation à une réunion (code d'activité **082130**) tenue sous l'égide du CSSS de son territoire ou encore sous la forme de l'exécution d'un mandat (code d'activité **082131**) confié par le CSSS de son territoire.

Le médecin doit remplir une demande de paiement n° **1215** qui doit être contresignée par le représentant autorisé du CSSS. De plus, aucun avis de service n'est requis pour le médecin ne détenant pas de nomination en CSSS, la présente entente particulière tient lieu de nomination et lui permet d'être rémunéré pour ces services.

- J. **Rémunération majorée** : elle s'applique pour la rémunération prévue dans cette E.P. L'alinéa B) du paragraphe 5.01 précise que le pourcentage de majoration appliqué au forfait annuel en fonction du lieu associé à l'inscription du patient sera celui qui a été appliqué à la rémunération du dernier forfait de responsabilité payé au cours des années précédant l'année d'application en cause. Lorsqu'un médecin a droit à un nouveau taux de majoration en raison du changement de lieu associé au forfait, celui-ci s'applique au forfait annuel à partir du 1<sup>er</sup> examen ou thérapie effectué selon le nouveau taux applicable. Par ailleurs, lorsque le taux de majoration de rétention auquel le médecin a droit évolue durant l'année, le nouveau taux s'applique au forfait annuel dès son changement, sans nécessité qu'un premier examen ou thérapie soit effectué suite au changement de taux.

- K. **Groupe** : Les médecins exerçant au sein d'un même GMF ou d'une même UMF adhérente à l'E.P. relative aux UMF peuvent consentir à ce que le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin faisant partie de leur groupe lors d'un examen ou d'une thérapie d'un de leurs patients. Les dispositions concernant cette possibilité sont prévues à l'alinéa D) du paragr. 5.02 (voir Partie II, page 6/10). Nous vous donnerons plus de détails dans un communiqué ultérieur.

Notez que les médecins exerçant au sein d'une UMF qui n'est pas adhérente à l'E.P. relative aux UMF ne peuvent pas se prévaloir de cette modalité.

- L. **Plafonds** : nous vous rappelons que la rémunération versée en vertu de cette E.P. et les services dispensés par son médecin à un patient inscrit en vertu de cette E.P. sont exclus des plafonds (selon l'alinéa 2) du paragr. 5.3 de l'Annexe IX). Cependant, l'exclusion des plafonds sera effective au courant du mois de mars 2007. Par la suite, la Régie révisera les demandes de paiement et procédera au remboursement des sommes dues, le cas échéant.

De plus, nous vous informons dans le [communiqué 105 du 20 décembre 2006](#), des nouvelles dispositions de l'Annexe IX (selon l'alinéa 1) concernant l'exclusion de l'application des plafonds de toute la rémunération du médecin ayant au moins 200 patients vulnérables à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2006. L'application de cette mesure sera effective au courant du mois de mars 2007. Par la suite, la Régie procédera à l'analyse de la rémunération et remboursera les sommes dues, le cas échéant.

**Forfait annuel** (aucune facturation requise)

<b>Groupe de vulnérabilité</b>	<b>Cabinet (GMF ou non)</b>	<b>Établissement CLSC/UMF (GMF ou non) Exceptionnellement clinique externe CH pour GMF</b>
<b>Groupe I</b> : moins de 70 ans avec un ou plusieurs problèmes de santé	45 \$	34 \$
<b>Groupe II</b> : entre 70 ans et moins de 80 ans <b>sans</b> problème de santé	40 \$	30 \$
<b>Groupe III</b> : entre 70 ans et moins de 80 ans <b>avec</b> un ou plusieurs problèmes de santé	53 \$	40 \$
<b>Groupe IV</b> : 80 ans ou plus <b>sans</b> problème de santé	50 \$	38 \$
<b>Groupe V</b> : 80 ans ou plus <b>avec</b> un ou plusieurs problèmes de santé	70 \$	54 \$

**Forfait de responsabilité**

payé lors d'un examen ou d'une thérapie d'un patient inscrit

<b>Lieu</b>	<b>Montant</b>	<b>Code de facturation</b>
Cabinet (GMF, clinique-réseau ou non)	9,00 \$	<b>15169 *</b>
Établissement CLSC/UMF (GMF ou non) Exceptionnellement clinique externe d'un CH pour GMF	6,75 \$	<b>15169 *</b>
Domicile (se facture et est payé selon le lieu de suivi habituel indiqué lors de l'inscription du patient (code de localité, CLSC, UMF-CH ou GMF))	6,75 \$ (établissement) ou 9,00 \$ (cabinet)	<b>15170**</b> – lieu habituel: établissement <b>15171**</b> – lieu habituel: cabinet

\* Le forfait codé **15169** sera payé final si l'inscription est conforme sauf celle reliée à la catégorie de problème de santé 09. Le forfait sera alors prépayé.

\*\* Les forfaits codés **15170** et **15171** seront prépayés.

## NOTE À PROPOS DU FORMULAIRE N° 3889 ET DE L'ANNEXE III SUR LES CSSS

- [Formulaire n° 3889](#) : nous joignons dans le présent envoi, un exemplaire de la version modifiée du formulaire « Inscription auprès d'un médecin de famille ». Nous vous demandons d'en faire des copies et d'utiliser, **dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007**, cette version contenant tous les renseignements nécessaires à l'inscription de votre clientèle. Vous serez avisés lorsque le formulaire papier sera disponible.

En attendant la disponibilité du formulaire papier, vous pourrez imprimer le nouveau formulaire à partir du site Internet de la RAMQ, dans la section « Autres formulaires » des médecins omnipraticiens de même que dans la bannière « Identification du médecin de famille » sous l'option « Impression français ». Une version anglaise sera disponible bientôt.

Veillez prendre note que le formulaire vous donne la possibilité d'inscrire jusqu'à trois codes de catégories de problèmes de santé. Or, pour le moment l'inscription d'un seul code de catégorie de problèmes de santé est suffisante pour donner droit à la rémunération en lien avec l'E.P. Le formulaire n° 3876 pour l'inscription des patients en GMF sera modifié et disponible ultérieurement.

- [Annexe III sur les CSSS](#) : cette annexe inclut la banque d'heures allouée à chaque CSSS visé par la présente E.P. Vous pouvez consulter cette liste dans notre site Internet. Par contre, les numéros de facturation des CSSS devraient être ajoutés au cours du mois de janvier 2007.

## INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE - SOUTIEN À L'ABANDON DU TABAGISME

### Soutien à l'abandon du tabagisme

Veillez noter qu'une nouvelle mesure prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Elle fait partie de l'Amendement n° 96 que nous traiterons dans un communiqué ultérieur. Nous désirons vous en faire part en émettant toutefois la réserve suivante : **vous ne pouvez pas la facturer pour l'instant**. Nous vous donnerons plus de détails à ce sujet dans un prochain communiqué.

Les renseignements qui suivent seront ajoutés dans la section « Consultation et Examen » de votre manuel de facturation :

Code **15161**      Soutien médical à l'abandon du tabagisme      Tarif : 30 \$

Le libellé du paragraphe 2.11 qui sera ajouté au Préambule général par l'Amendement n° 96 se lit comme suit :

#### « 2.11      Soutien médical à l'arrêt du tabagisme

Le soutien médical à l'abandon du tabagisme comprend un ensemble d'interventions faites en cabinet auprès d'un patient fumeur ou qui a cessé de fumer depuis moins de six (6) mois.

Ces interventions doivent porter sur le statut tabagique du patient, sur son stade de changement de comportement, sur ses motivations à poursuivre ou à abandonner le tabagisme, sur ses inquiétudes incluant ses symptômes de sevrage, sur les stratégies pour surmonter les obstacles. Il établit, avec lui, un plan d'interventions qu'il note au dossier.

Le médecin peut facturer le soutien médical à l'abandon du tabagisme une fois par année civile pour un même patient. Il peut facturer cet acte seul ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. Au cours de la même séance, le médecin ne peut facturer la thérapie psychiatrique de soutien. »

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'entente](#)  
[Formulaire n° 3889](#)

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

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

### **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 applicables au médecin qui dispense des services de médecine de famille, dans le cadre d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'un CH-UMF ainsi que d'une clinique-réseau ou d'un GMF que leur adhésion à l'entente particulière applicable vise un cabinet, un CLSC, une UMF ou, exceptionnellement dans le cas d'un GMF, la clinique externe d'un CH.

### **2.00 CHAMP D'APPLICATION**

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

### **3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ**

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

- A) Le médecin inscrit la clientèle vulnérable qu'il accepte de prendre en charge. 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'une visite, 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.

- B) 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.

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



## SECTION I : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES PATIENTS VULNÉRABLES

### 4.00 DÉFINITIONS

4.01 Aux fins de la présente entente, les catégories de problèmes de santé retenues sont les suivantes :

- A) Problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles dépressifs majeurs récidivants, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
- 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);
- D) Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- E) Diabète avec atteinte d'organe cible;
- 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.

4.02 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 :** Hors GMF, veuillez remplir et transmettre le formulaire Internet n° 3889 ou une Demande de paiement – médecin n° 1200 (papier ou informatique). **Important** : Vous devez conserver un exemplaire de formulaire n° 3889 dûment signé par les deux parties pour chacun de vos patients inscrits à la Régie que vous utilisez le formulaire Internet n° 3889 ou le formulaire n° 1200 pour l'inscription. Dès maintenant, utilisez la nouvelle version du formulaire n° 3889 jointe au présent communiqué et disponible dans le site Internet.

#### **Instructions pour l'inscription à la RAMQ via le 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 :
  - 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° 3889 par la personne assurée (ou son représentant).
  - Dans le champ CODE, inscrire une seule des valeurs comprises entre 99500 et 99510 conformément au tableau suivant.

- La valeur 1 dans le champ R (pour rôle).
- La valeur 0 dans le champ HONORAIRES.
- Inscrire le lieu de suivi habituel dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour un cabinet, inscrire le code de localité ou le code 54XXX 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 rien inscrire sur les deux autres lignes de la section ACTES. Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement. Si vous le faites, cela entraînera la coupure de ces services ou forfaits à l'état de compte ET l'annulation de l'inscription.
- Ne rien inscrire dans la section VISITES.
- Inscrire zéro dans la section TOTAL (pour total des honoraires).

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ CORRESPONDANT À LA CONDITION D'ADMISSIBILITÉ
99500	01	Problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles dépressifs majeurs récidivants, 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).
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète avec atteinte d'organe cible.
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.
99509	99	Personne de 70 ans ou plus 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 09, vous devez inscrire le code d'acte qui correspond à cette catégorie, peu importe son âge.

Si la personne assurée de 70 ans ou plus ne présente aucun des problèmes de santé numérotés de 01 à 09, vous devez inscrire le code d'acte correspondant à sa catégorie reliée à l'âge de la personne assurée ( 99).

Lorsque la condition d'une personne assurée passe du code 99 à l'un des problèmes de santé numérotés de 01 à 09, veuillez :

- procéder à une nouvelle inscription à la Régie en acheminant un nouveau formulaire n° 1200 (papier ou informatique) ou en transmettant un formulaire n° 3889 dynamique via Internet. La date à inscrire est celle de la date de prise d'effet du problème de santé. Prière d'inscrire le code relié à la pathologie du patient sans répéter celui relié à l'âge.
- ajouter le code de catégorie de problème de santé et sa date de prise d'effet sur votre formulaire papier n° 3889 signé antérieurement par votre client et conservez-le pour vos dossiers.

## REMARQUES :

Les formulaires n° 1200 servant à l'inscription de la clientèle vulnérable 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 achetez 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'E.P. GMF un patient que vous aviez déjà identifié à la Régie en vertu de l'E.P. CLV ou de l'E.P. 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° 3889 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 prise en charge et de suivi de la clientèle, **vous devez le faire par le formulaire Internet n° 3876.**

Pour transmettre l'inscription de certaines personnes âgées de 70 ans ou plus **en GMF**, pour lesquelles l'un des états pathologiques numérotés 01 à 09 s'applique, **vous devez le faire par le formulaire Internet n° 3876.**

## 5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 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 (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) 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 payé au médecin pour ce patient au cours des années précédant 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 ou de la première thérapie effectuée selon le nouveau taux applicable.

- C) Lors de l'inscription du patient, le médecin indique le lieu où le suivi sera habituellement effectué, soit en cabinet, en CLSC, à la clinique externe d'une UMF ou, exceptionnellement à la clinique externe visé par l'adhésion d'un GMF en milieu hospitalier. Il peut modifier le lieu une fois par année civile.

**AVIS:** *Que vous utilisiez le formulaire n° 3889 dynamique actuel ou le formulaire de demande de paiement n° 1200 pour transmettre vos inscriptions, la Régie procédera à un traitement informatique en 2007 afin de déterminer le lieu de suivi pour chaque inscription. Pour ce faire, le lieu de suivi correspondra au dernier code de forfait de responsabilité (08894, 08895, 15038 ou 15039) payé dans l'année 2006. Concernant les nouvelles inscriptions à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, la Régie déterminera le lieu de suivi selon le montant demandé pour le code 15169, le code 15170 ou 15171. Éventuellement, le formulaire dynamique n° 3889 vous permettra de transmettre le lieu de suivi habituel. Il est important de ne pas retenir les inscriptions et de les transmettre à la RAMQ au fur et à mesure.*

Le médecin ne peut inscrire un patient lorsqu'il exerce dans un lieu de dispensation de services autre que ceux apparaissant au paragraphe 1.01 ci-dessus.

- D) Le médecin peut, en tout temps, identifier pour un patient une catégorie de problèmes de santé telle que définie au paragraphe 4.01 ou, la modifier, le cas échéant. S'il y a lieu, le niveau du forfait est rajusté le mois suivant la date de la modification apportée par le médecin.
- E) Le forfait annuel est payé à partir de la date de l'inscription du patient, laquelle date doit coïncider avec la date d'un examen ou d'une thérapie effectuée auprès de ce patient. Le montant se calcule proportionnellement au nombre de mois de l'année d'application qui reste à écouler, incluant le mois de l'examen ou de la thérapie.
- F) Pour donner droit au forfait annuel, un patient vulnérable inscrit doit être considéré comme un patient actif au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'application en cause. Est considéré comme actif, le patient qui a rencontré son médecin de famille auprès duquel il est inscrit, ou un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 5.02 ci-dessous, au cours de l'année civile précédant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'application en cause.

Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait est payé à partir de la date du premier examen ou de la première thérapie effectuée auprès du patient par son médecin 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 ou de la thérapie.

- G) Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait annuel 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.
- H) 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 confirmer sa première inscription. Ce formulaire est envoyé à la Régie. Dans ce cas, la seconde inscription est annulée et le médecin auprès duquel elle s'est faite ne peut se prévaloir ni du forfait annuel ni du forfait de responsabilité.

Un médecin qui s'estime lésé par la confirmation 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 confirmation du présent paragraphe.

**AVIS:** *Jusqu'à avis contraire, veuillez transmettre une lettre expliquant la situation. Cette lettre doit comporter la signature du patient, la date et la signature du médecin. L'adresse est la suivante :*

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

- I) Le forfait annuel de prise en charge est versé trimestriellement, le premier trimestre débutant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

**AVIS:** *La Régie effectue le versement au plus tard 30 jours après la fin de trimestre.*

Au 31 janvier d'une année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, le nombre de ses patients actifs pour chacun des cinq (5) groupes de vulnérabilité et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute.

- 5.02 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 reçoit un forfait de responsabilité de 9,00 \$ pour chaque examen ou thérapie effectués en cabinet auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit;
- B) Le médecin qui exerce dans un lieu de dispensation de services rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 1.01 de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité de 6,75 \$ pour chaque examen ou thérapie effectués dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit;

**AVIS:** *Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement no 1200 :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- Le code d'acte **15169** pour le forfait de responsabilité en cabinet ou en établissement;
- Le code correspondant au lieu de dispensation de l'examen ou de la thérapie dans la case **ÉTABLISSEMENT**;
- Les honoraires de 9\$ pour le forfait en cabinet ou de 6,75 \$ pour le forfait en établissement;
- Le forfait doit être facturé le jour même de l'examen ou de la thérapie effectué et sur la même demande de paiement.

- C) Le médecin reçoit un forfait de 9,00 \$ ou de 6,75 \$ pour chaque examen ou thérapie effectués 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 no 1200 :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- Le code d'acte **15170** pour le forfait de responsabilité à domicile lorsque le lieu habituel de suivi est un établissement;
- Le code d'acte **15171** pour le forfait de responsabilité à domicile lorsque le lieu habituel de suivi est un cabinet;
- Le code de localité ou le numéro du GMF, CLSC ou de l'UMF-CH dans la case **ÉTABLISSEMENT**;
- Les honoraires demandés selon le lieu habituel de suivi;
- Le forfait doit être facturé le jour même de l'examen ou de la thérapie effectué et sur la même demande de paiement.

- D) Malgré les alinéas précédents, dans le cas où le médecin auprès duquel le patient est inscrit exerce en GMF ou dans une UMF adhérente à l'entente particulière relative aux UMF et qu'il a inscrit ce patient dans le cadre de sa pratique dans ce lieu de pratique, le forfait de responsabilité s'appliquant pour chaque visite peut être payé à un autre médecin que celui auprès duquel le patient est inscrit aux conditions suivantes :

- i) ce médecin fait partie du même groupe de médecins que celui qui a inscrit le patient, exerce dans l'UMF ou le GMF en cause et rend le service dans ce même lieu de pratique;

**AVIS:** *La Régie vous transmettra, dans un communiqué ultérieur, des détails sur les modalités d'application pour un groupe de médecins.*

- ii) les médecins du groupe consentent à ce que le forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin du groupe;

- iii) les noms des médecins ayant consenti à faire partie de ce groupe ainsi que le nom du médecin responsable du groupe, soit le chef de l'UMF ou le médecin responsable du GMF, sont transmis, avec leur autorisation et leur numéro de pratique, à la Régie par le médecin responsable;
- iv) dans le cas où l'UMF ou le GMF comporte plus d'un site de dispensation de services où les médecins du groupe peuvent exercer, le médecin responsable informe la Régie des sites en cause ainsi que de leur numéro de facturation.

5.03 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 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 \$
15154	Par période de quinze minutes si plus d'un patient concerné .....	25 \$
15155	Supplément de déplacement .....	25 \$

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 est concerné.

**AVIS :** Pour la facturation d'une discussion de cas **pour une personne assurée**, veuillez utiliser la demande de paiement 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.

Pour la facturation d'une discussion de cas **pour plus d'une personne assurée**, veuillez utiliser la demande de paiement 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 et le lieu de la rencontre 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).

5.04 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 4.02 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 et 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  
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 précitée.

- 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 n° 1200 :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **15156** lors de l'inscription du patient vulnérable;
- le code d'acte **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 II : COORDINATION AVEC LE CSSS

**6.00** La collaboration du médecin qui exerce en cabinet privé à l'organisation des projets cliniques sous la responsabilité du CSSS est rémunérée de la façon suivante :

A) Activités professionnelles visées :

- i) 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, 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.

B) Modalités de rémunération :

- i) Le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'entente;
- ii) 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 des nominations et autorisation permettant au médecin d'être rémunéré;
- iii) La définition des activités professionnelles ainsi que leur répartition relèvent du directeur des services professionnels du CSSS;
- iv) Un relevé d'honoraires visé au présent paragraphe est contresigné par le représentant autorisé du CSSS;
- v) 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 remplir le formulaire n° 1215 « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » 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'activité** : 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.



### SECTION III : DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**7.00** Pour la première année d'application, 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.
- 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 4.01 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 4.01 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.

**8.00** La présente entente particulière entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007 à l'exception du paragraphe 4.01 et du sous-paragraphe 7E) qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2006.

\_\_\_\_\_  
PHILIPPE COUILLARD  
Ministre  
Ministère de la Santé et des  
Services sociaux

\_\_\_\_\_  
RENALD DUTIL, m.d.  
Président  
Fédération des médecins omnipraticiens  
du Québec

**A - 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

X

Date

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, 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	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	Code		Date de début du code
A   M   J			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 ou 6.		
Signature		Date
X		A   M   J

**B - Examen médical périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement (P.G.2.2.6B)**

**6 - Renseignements sur l'enfant**

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	

**7 - Déclaration du représentant de l'enfant**

Nom du titulaire de l'autorité parentale		Prénom	
S'il s'agit d'un enfant sans numéro d'assurance maladie, veuillez inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père.		Numéro d'assurance maladie	
Je désigne le professionnel de la santé mentionné à la section 5 comme l'unique médecin de famille de l'enfant nommé ci-dessus et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure.			
Signature du représentant			Date
X			A   M   J

Une copie du formulaire dûment rempli et signé doit être remise à la personne assurée ou à son représentant et une autre doit être conservée au dossier médical. La date de prise d'effet d'une inscription correspond à la date de signature de la personne assurée ou de son représentant.

## INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

### **A - 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, celui qui prend en charge et qui assure le suivi des soins requis par votre santé, en d'autres termes, votre médecin habituel.

Voici les conditions pour pouvoir remplir ce formulaire :

- être âgé de 70 ans ou plus;
- ou avoir entre 0 et 69 ans, et vous trouver dans une situation qui répond à certains critères prévus à l'entente particulière (ce que seul votre médecin a le droit de déterminer);
- et, **dans les deux cas**, posséder une carte d'assurance maladie valide.

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 signer ou non le formulaire.

### **B - Examen médical périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement (P.G.2.2.6B)**

Pour inscrire un enfant âgé de 0 à 5 ans inclusivement auprès d'un médecin de famille, il faut remplir la partie B du formulaire. La signature du formulaire par le parent ou un représentant légal ainsi que le médecin, sert à le désigner comme le médecin qui assurera le suivi de l'enfant.

La date figurant dans la section « Déclaration du représentant de l'enfant » correspond à la date de début de l'engagement et elle doit correspondre à la date d'un examen de l'enfant effectué par son médecin de famille.