

COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Régie de
l'assurance maladie
Québec



POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Assistance aux professionnels	
Québec	(418) 643-8210
Montréal	(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick	1 800 463-4776
Télécopieur	
Québec	(418) 646-6251
Montréal	(514) 873-5951

Veillez prendre note que les communiqués sont datés du jour du dépôt dans le site Internet de la RAMQ; le décalage entre cette date et la date de réception est occasionné par les délais d'impression et d'expédition.

Québec, le 28 mai 2003

À l'attention des médecins responsables des GMF accrédités et des médecins omnipraticiens concernés

Entente particulière GMF intégrant les clientèles vulnérables

Article 8 de l'Amendement n° 83

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 83**. Nous vous présentons, sous réserve des approbations gouvernementales, [l'article 8](#) de cet amendement, lequel traite des clientèles vulnérables dans le cadre de l'entente particulière (E.P.) reliée aux GMF. Le texte paraphé est joint au présent communiqué. Les dispositions prennent effet à différentes dates mentionnées dans le communiqué. L'ensemble de l'Amendement n° 83 fera l'objet d'un prochain communiqué.

FAITS SAILLANTS

E.P. s'appliquant en phase transitoire au médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF

Cette entente est modifiée de la façon suivante :

- ❑ Ajout du paragraphe (par.) 5.05 pour préciser que dans les cas où un patient a rempli plus d'un formulaire d'inscription ou d'identification du médecin de famille, c'est celui avec **la date la plus récente** qui sera considéré; (voir texte paraphé, Partie II **A**), page 1/2).
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
- ❑ Ajout du par. 7.07 à l'effet que le médecin responsable doit aviser le comité paritaire de toute modification à la liste des médecins du GMF; (voir texte paraphé, Partie II **B**), page 1/2).
Prend effet le **1^{er} octobre 2002**.
- ❑ Remplacement du par. 9.03 pour préciser qu'une demande d'adhésion ou de retrait est déferée au comité paritaire et qu'elle doit être accompagnée des documents pertinents à son étude; (voir texte paraphé, Partie II **C**), page 1/2).
Prend effet le **1^{er} octobre 2002**.
- ❑ Retrait de la clause transitoire inscrite à l'ancien article 11 de l'E.P. GMF en phase transitoire (voir texte paraphé, Partie II **D**), page 1/2).
Prend effet le **1^{er} octobre 2002**.

- **Modification de l'Annexe V : Modalités de rémunération**
(voir texte paraphé, Partie II E) pages 1/2 et 2/2).

- ◆ L'article I portant sur la « bonification de la rémunération » est remplacé; il précise que le **forfait annuel de prise en charge et de suivi** est de 7,00 \$ (code **08875**) autant pour le médecin en établissement (CLSC ou UMF(CH)) que pour celui en CABINET; ce forfait s'ajoute à la rémunération de base applicable selon l'Entente.
(voir texte paraphé, Partie II Ea), page 1/2).
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
- ◆ **Ajout de l'article VII** intégrant les « **Clientèles vulnérables** »
(voir texte paraphé, Partie II Eb), pages 1/2 et 2/2).
Prend effet le **1^{er} juin 2003**.

Le médecin qui pratique à la fois dans un GMF et hors d'un GMF ne peut se prévaloir des deux ententes (E.P. GMF et E.P. clientèles vulnérables) **pour un même patient**; lorsque le médecin exerce au GMF, c'est l'entente GMF qui prévaut et le médecin ne peut facturer que les forfaits de responsabilité des patients inscrits auprès de lui; lorsqu'il exerce hors d'un GMF, il ne peut facturer que les forfaits de responsabilité des patients qui l'auront identifié comme leur médecin de famille dans le cadre de l'EP clientèles vulnérables.

a) description des conditions de vulnérabilité (voir Partie II, page 1/2 et 2/2);

b) modalités de rémunération pour le patient inscrit répondant à ces conditions :

1. **Forfait de responsabilité de 7,00 \$** pour chaque examen effectué au cabinet ou à domicile si vous exercez en cabinet au sein d'un GMF (code **15038**); (voir texte et avis, Partie II, page 2/2).

*Note : Une fois par année, vous pouvez facturer pour la même personne répondant à la définition de clientèle vulnérable le forfait annuel de prise en charge de 7,00 \$ (code **08875**) et le forfait de responsabilité de 7,00 \$ (code **15038**). Le reste de l'année, vous facturerez le forfait de responsabilité à chaque examen.*

2. **Forfait de responsabilité de 14,00 \$, une fois/année** si vous exercez en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un GMF (code **15039**);
(voir texte et avis, Partie II, page 2/2).

*Note : Une fois par année, vous pouvez facturer pour la même personne répondant à la définition de clientèle vulnérable le forfait annuel de prise en charge de 7,00 \$ (code **08875**) et le forfait de responsabilité de 14,00 \$ (code **15039**).*

3. **Précision** : le médecin qui exerce en cabinet privé et en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un ou plusieurs GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des modalités de rémunération prévues aux points 1. et 2. ci-dessus. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des modalités pour chacun de ses patients. Il peut, le cas échéant, modifier son option à la date anniversaire de sa première option pour ce patient. La date anniversaire de l'option correspond à la date de facturation du premier forfait de responsabilité suivant l'inscription du patient (voir texte paraphé, Partie II, page 2/2).

- **Période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mai 2003** : un montant forfaitaire sera versé au cours de l'année 2003 – 2004 pour couvrir cette période. Les modalités seront déterminées par les parties. Ce montant forfaitaire tiendra compte notamment du nombre d'inscriptions de patients définis comme clientèles vulnérables accumulées au 1^{er} juin 2003 *ou plus précisément au 31 mai inclusivement* et, en cabinet, du nombre de visites effectuées par le patient depuis son inscription.
(voir texte paraphé, Partie II F), page 2/2).
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.
- Les paragraphes 3.01 à 3.05 de la Lettre d'entente n° 135 sont remplacés par les nouvelles dispositions des alinéas E à F de l'article 8 de l'Amendement n° 83.
(voir texte paraphé, Partie II G), page 2/2).
Prend effet le **1^{er} janvier 2003**.

La Lettre d'entente n° 135 concerne certaines dispositions relatives à l'application de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables et de l'entente particulière relative à certaines conditions de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

Note : Le texte de cette lettre d'entente paraîtra dans la prochaine mise à jour Internet 45-b de votre brochure 1 prévue pour le mois de juin 2003.

IMPORTANT

Modalités à suivre pour l'Inscription de votre clientèle vulnérable en GMF

Période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mai 2003 pour obtenir le montant forfaitaire versé au cours de l'année 2003-2004.

Pour les nouvelles inscriptions : pour chaque nouvelle inscription d'un patient faisant partie de votre clientèle vulnérable, remplir le formulaire d'inscription en inscrivant les renseignements dans les champs prévus. La date ne doit pas être antérieure au 1^{er} janvier 2003 et doit être postérieure à la date d'adhésion du GMF à l'E.P. GMF et à la date d'adhésion du médecin au GMF.

Âge : *Vous pouvez, le cas échéant, inscrire le code de vulnérabilité pour les personnes âgées de 70 ans et plus; toutefois, l'absence d'un tel code n'affectera pas les bénéfices accordés au médecin.*

Pour les patients déjà inscrits à votre GMF et qui présentent une condition pathologique associée à la définition de clientèle vulnérable, **vous devez modifier l'inscription sur le formulaire d'inscription GMF afin d'y ajouter le code correspondant à l'état pathologique et indiquer la date de prise d'effet de cette condition de vulnérabilité. Cette date ne peut être antérieure au 1^{er} janvier 2003.**

Procédure à suivre pour modifier l'inscription d'un patient faisant partie de votre clientèle vulnérable dans le GMF où vous exercez :

Une fois dans votre application en ligne GMF :

1. cliquer sur formulaires;
2. cliquer sur **modification**;
3. inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
4. choisir l'option code de vulnérabilité dans la liste « déroulante »;
5. cliquer sur « à traiter »; apparaîtra la section « identification du médecin de famille »;
6. inscrire le code de vulnérabilité;
7. inscrire la date de prise d'effet qui doit être **égale ou supérieure** à la date de prise d'effet de l'inscription en GMF. Elle ne doit pas être antérieure au 1^{er} janvier 2003.

Âge : *Vous n'avez pas à modifier l'inscription pour la situation d'âge, la RAMQ pouvant identifier cette situation (70 ans et plus).*

Après le 31 mai 2003

Pour les nouvelles inscriptions : pour chaque nouvelle inscription d'un patient faisant partie de votre clientèle vulnérable, remplir le formulaire d'inscription en inscrivant les renseignements dans les champs prévus. La date ne doit pas être postérieure à celle de la visite pour laquelle vous facturez le forfait de prise en charge et de suivi ou le forfait de responsabilité. Cette date ne peut pas être antérieure à la date d'adhésion de votre GMF à l'E.P. GMF ni à celle de votre adhésion au GMF.

Vous devez dorénavant facturer le forfait de responsabilité pour chacun des patients vulnérables inscrits selon les modalités prévues précédemment.

Forfaits de prise en charge et de responsabilité en GMF

Lieu	CLIENTÈLE GÉNÉRALE	CLIENTÈLES VULNÉRABLES
Cabinet	7,00 \$ 1 fois/an (code 08875)	7,00 \$ 1 fois/an (code 08875)
		7,00 \$ à chaque examen en cabinet ou à domicile (code 15038 , à facturer à compter du 1 ^{er} juin 2003)
CLSC/UMF(CH)	7,00 \$ 1 fois/an (à compter du 1 ^{er} janvier 2003) (code 08875)	7,00 \$ 1 fois/an (code 08875)
		14,00 \$ 1 fois/an (code 15039 à facturer à compter du 1 ^{er} juin 2003)

Renseignements administratifs

1. Facturation de vos activités cliniques

Elles sont rémunérées selon les modes habituels soit à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le mode qui a cours en cabinet, en CLSC ou en UMF, à la date de départ du GMF.

Facturation à l'acte : En cabinet, lorsque vous facturez des activités cliniques pour un patient, veuillez toujours utiliser le code de GMF (cabinet) **54XXX** dans la case ÉTABLISSEMENT plutôt que le code de la localité, même s'il s'agit d'un patient non inscrit auprès d'un des médecins du GMF.

2. Activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF

Prenez note que le code d'activité **072102** pour un dépassement de 220 heures spécifique en GMF ne doit plus être utilisé. Le code **072101** suffit.

3. Signataire sur la demande de paiement n° 1215

Si vous êtes rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire et que vous facturez sur la même demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 vos activités cliniques et vos activités de fonctionnement en GMF, l'attestation de l'établissement peut être signée par l'une ou l'autre des personnes suivantes : le signataire autorisé de l'établissement ou le médecin responsable du GMF.

4. Médecin à honoraires fixes qui facture ses activités de fonctionnement en GMF

4.1 Les activités de fonctionnement sont payables à tarif horaire; vous devez utiliser la demande de paiement n° 1215 « Demande de paiement tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation » en inscrivant les renseignements pertinents et le code d'activités **072101**.

4.2 Un médecin à honoraires fixes qui désire conserver ce mode pour la facturation des activités de fonctionnement **doit en aviser la RAMQ** par le biais d'une lettre. Vous devez utiliser la demande de paiement n° 1216 « Demande de paiement honoraires fixes et salariat » en inscrivant les renseignements pertinents et le code d'activités **072101**.

Veuillez noter que l'avis sous le paragraphe 7.03 de l'E.P. en GMF est modifié dans le sens suivant :

AVIS : Si vous désirez maintenir le mode des honoraires fixes pour les activités de fonctionnement en GMF, veuillez en informer la Régie par le biais d'une lettre. Vous devez utiliser le code d'activité **072101**.

5. Exemple de facturation à l'acte (pour les médecins non familiaux avec ce type de rémunération)

Nous joignons un exemple de facturation du forfait de prise en charge (code **08875**) qui doit être facturé à l'acte par tous les médecins pratiquant dans le cadre d'un GMF.

À noter : dans l'exemple, le code d'établissement indiqué est 0XXX3, code utilisé pour une UMF. Vous utilisez le code d'établissement selon le site du GMF où vous pratiquez.

6. Garde en disponibilité (se facture à l'acte)

a) Facturation des forfaits de garde en disponibilité

IMPORTANT! Sur votre demande de paiement n° 1200, vous devez **utiliser une ligne par quart de garde.**

Par exemple, dans la journée du samedi 10 mai 2003, vous avez effectué 2 quarts de garde de 8 heures soit de 0 h à 8 h et de 8 h à 16 h, vous inscrivez les données suivantes :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- sur la 1^{re} ligne, la date 03 05 10, le code **19016**, le chiffre **1** dans la case R, le montant de **51 \$** dans la case HONORAIRES; VOUS N'INSCRIVEZ RIEN DANS LES CASES MOD ET UNITÉS;
- sur la 2^e ligne, vous répétez 03 05 10, le code **19016**, le chiffre **1** dans la case R, le montant de **51 \$** dans la case HONORAIRES; VOUS N'INSCRIVEZ RIEN DANS LES CASES MOD ET UNITÉS;
- le code d'établissement ou le code de GMF (cabinet) 54XXX dans la case ÉTABLISSEMENT; lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.
Les honoraires sont soumis à la rémunération différente.

b) Facturation des services rendus durant la garde en disponibilité.

Ces services doivent être facturés à l'acte pour chaque personne assurée, sur des demandes de paiement distinctes. Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

7. Examen périodique pour le patient âgé de 0 – 5 ans

À noter que c'est le médecin en cabinet seulement qui peut facturer le supplément de responsabilité pour un patient âgé de 0 – 5 ans (code d'acte **08877**) selon les modalités de 2.2.6B du Préambule général.

De plus, le patient âgé de 0 – 5 ans pourrait rencontrer simultanément les trois conditions suivantes :

- Il est un patient inscrit auprès d'un médecin en GMF;
- Il répond à la catégorie d'âge mentionnée à 2.2.6B du Préambule général ;
- Il peut, le cas échéant, répondre à une condition pathologique des clientèles vulnérables.

Pour la **facturation** de ces trois différents forfaits, il est important de noter les dates suivantes :

- Forfait annuel de prise en charge et de suivi (code d'acte **08875**) : lors de la 1^{re} visite du patient inscrit accompagnant ou suivant son inscription;
- Supplément rattaché à la catégorie d'âge de 2.2.6B du Préambule général : le code d'acte **08877** est facturé à compter du **1^{er} avril 2003**;
Période du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 : la Régie versera un montant forfaitaire au cours de l'année 2003-2004;
- Supplément de responsabilité relié aux clientèles vulnérables : le code **15038** est facturé à compter du **1^{er} juin 2003**.

8. Messages explicatifs

Ajout des messages explicatifs 292 et 559 :

- 292** Conformément à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, le maximum prévu est dépassé.
- 559** Acte non payable car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille.

Modification du message 276 :

- 276** Conformément à l'entente particulière concernant les groupes de médecine de famille, il ne peut être payé qu'un montant forfaitaire par semaine, **par GMF**, du dimanche au samedi.

Note : Ce communiqué est dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II - Texte paraphé de l'article 8 de l'Amendement n° 83](#)

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

Texte paraphé de l'article 8 de l'Amendement n° 83

8. L'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) est modifiée de la façon suivante :

A) En ajoutant à son article 5.00 le paragraphe suivant :

«5.05 Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'inscription ou d'identification du médecin de famille auprès de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire porte la date la plus récente. »

B) En ajoutant à son article 7.00 le paragraphe suivant :

«7.07 Le médecin responsable doit également aviser le comité paritaire de toute modification apportée à la liste des médecins du GMF et cela, dans la mesure du possible, un mois avant l'arrivée du médecin au GMF ou son départ du GMF. »

C) En remplaçant le paragraphe 9.03 par le suivant :

«9.03 Une demande d'adhésion ou de retrait est déférée au comité paritaire visé au paragraphe 9.05 accompagnée des documents pertinents à son étude notamment la convention conclue avec la régie régionale. Le comité fait ses recommandations aux parties. »

D) En biffant son article 11.00 et en modifiant, en conséquence, la numérotation de l'article suivant.

E) En modifiant son annexe V de la façon suivante :

a) En remplaçant son article I par le suivant :

« I- Bonification de la rémunération

Au bénéfice du médecin du patient inscrit, un forfait de prise en charge et de suivi est ajouté à la rémunération de base applicable au médecin en vertu de l'Entente. Ce forfait est de sept dollars (7,00 \$) que le médecin exerce en cabinet ou en CLSC ou UMF(CH). Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois, lors de la première visite du patient inscrit accompagnant ou suivant son inscription. »

AVIS : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **08875**;
- les HONORAIRES de 7,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
- le code d'établissement ou le code de GMF (cabinet) **54XXX** dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3**.

b) En ajoutant l'article VII suivant :

« VII- Clientèles vulnérables

Le médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et également dans un cabinet ou établissement non reconnu comme GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables. Les dispositions de la présente annexe prévalent à moins que le médecin se retire du GMF et que le médecin responsable, en vertu du paragraphe 7.07 de la présente entente, en ait avisé le comité paritaire.

a) Aux fins du présent article, un patient inscrit fait partie de la clientèle vulnérable du médecin s'il répond à une ou à plusieurs des exigences suivantes :

- Il est âgé de 70 ans ou plus;

- Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :
 - Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un VEMS inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec atteinte d'organe cible;
 - Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH/SIDA ;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

b) Modalités de rémunération :

En sus de la bonification de la rémunération prévue à l'article I de la présente annexe, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent au patient inscrit qui répond aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa précédent :

- 1- Le médecin qui exerce en cabinet au sein d'un GMF reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité de 7,00 \$ à chaque examen;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15038**;
- les HONORAIRES de 7,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
- le code de GMF (cabinet) **54XXX** ou le code de localité si fait à domicile dans la case ÉTABLISSEMENT.

Le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un GMF reçoit, à l'occasion d'un examen, le forfait de responsabilité de 14,00 \$ une fois par année;

AVIS : *Veillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
 - le code d'acte **15039**;
 - les HONORAIRES de 14,00 \$ (soumis à la rémunération différente);
- Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** dans la case ÉTABLISSEMENT.*

- 2- Le médecin qui exerce en cabinet privé et en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un ou plusieurs GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des modalités de rémunération prévues aux points 1. et 2. ci-dessus. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des modalités. Il peut, le cas échéant, modifier son option à la date anniversaire de sa première option. La date anniversaire de l'option correspond à la date de facturation du premier forfait de responsabilité suivant l'inscription du patient.

F) Pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 mai 2003, un forfait est versé selon les modalités déterminées par les parties. Ce forfait doit tenir compte notamment du nombre d'inscriptions de patients répondant aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa a) de la présente annexe, accumulées au 1^{er} juin 2003 et de plus, en cabinet, du nombre de visites effectuées par le patient inscrit, à compter de la date de son inscription. Ce forfait sera versé, pendant l'année 2003-2004, que le médecin exerce dans un GMF situé en cabinet ou dans un GMF situé en CLSC ou UMF(CH).

G) Les modifications apportées par les alinéas E à F du présent article remplacent les paragraphes 3.01 à 3.05 inclusivement de la Lettre d'entente n° 135 du 1^{er} janvier 2003.