

Guide de gestion à l'intention des divers intervenants dans le processus d'inscription de la clientèle à un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille.

INTRODUCTION

Le présent guide est rédigé conformément à l'article 11 de la *Lettre d'entente (LE) n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence du guichet du CSSS*. Cette lettre d'entente est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2011. Cet article prévoit la rédaction d'un guide précisant les modalités de gestion relatives à :

- la priorisation des clientèles vulnérables entre elles;
- la priorisation des clientèles vulnérables par rapport aux non vulnérables;
- l'autoréférence des patients;
- le nombre de patients référés.

La partie I de ce document traite des quatre sujets ci-haut mentionnés, la partie II concerne l'interprétation de certains articles de la LE n° 245 et la partie III comporte une liste de réponses à des situations présentées au comité paritaire.

Avant le 1^{er} novembre 2011, un médecin qui acceptait de prendre en charge et de suivre un patient orphelin vulnérable référé par un guichet d'accès pouvait se prévaloir des modalités de rémunération spécifiques apparaissant à la Lettre d'entente (LE) n° 195.

La LE n° 195 a pris fin le 31 octobre 2011 et a été remplacée, le 1^{er} novembre 2011, par la LE n° 245. Cette lettre d'entente prévoit le versement d'un montant supplémentaire à un médecin, et ce, à la suite de l'inscription d'un patient orphelin vulnérable ou non vulnérable référé par le coordonnateur médical à un guichet d'accès d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Ce montant supplémentaire s'ajoute à toute autre rémunération déjà prévue aux différentes ententes déjà convenues entre les parties, tels que le forfait d'inscription général, le forfait annuel de prise en charge pour la clientèle vulnérable, le forfait de responsabilité, les suppléments à la prise en charge et aux examens de suivi de grossesse et le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

Un patient orphelin est celui qui n'est pas inscrit auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) par un médecin de famille.

Un patient inscrit ne devient pas orphelin, même si, en vertu de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle, le médecin auprès duquel il est inscrit cesse de recevoir certains forfaits pour les raisons suivantes :

- son absence temporaire;
- il n'a pas vu le patient « vulnérable » au cours des 12 mois précédents l'année d'application ;
- il n'a pas vu le patient « non-vulnérable » au cours des 36 mois précédent l'année d'application.

La lettre d'entente n° 245 se veut un incitatif pour un médecin qui accepte de prendre en charge un patient « orphelin » et non un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille.

De plus, ni un médecin ni un coordonnateur médical ne peuvent demander à un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de faire des démarches auprès de la Régie de l'assurance maladie

du Québec ou de son médecin antérieur pour mettre fin à son inscription afin de pouvoir être considéré comme un patient orphelin et faire l'objet d'une référence avec un numéro séquentiel.

PARTIE I

MODALITÉS DE GESTION

- **PRIORISATION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES ENTRE ELLES**

La priorisation de la clientèle vulnérable s'effectue selon les modalités prévues à l'annexe I du cadre de référence provincial intitulé «Guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille».

- **PRIORISATION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES PAR RAPPORT AUX CLIENTÈLES NON VULNÉRABLES**

La détermination du ratio de référence de patients orphelins vulnérables / non-vulnérables doit tenir compte de la proportion de patients vulnérables normalement suivis par un médecin. À cet égard, un médecin a, en moyenne, un nombre de patients vulnérables correspondant à 35 % de sa clientèle, ce qui signifie un ratio de référence de deux patients non vulnérables pour un patient vulnérable.

- **AUTORÉFÉRENCE DE PATIENTS**

Le coordonnateur médical ne peut s'objecter à l'inscription au guichet d'un patient vulnérable ou non vulnérable référé par le médecin lui-même et à l'octroi d'un numéro séquentiel (autoréférence) si le médecin s'engage à prendre en charge et à suivre des patients orphelins vulnérables et non vulnérables inscrits et référés par le guichet d'accès.

En corollaire, le coordonnateur médical réfère au médecin une clientèle orpheline autant non vulnérable que vulnérable. Toutefois, si le médecin le demande, le coordonnateur médical peut ne référer qu'une clientèle orpheline vulnérable.

Le coordonnateur médical détermine un ratio de référence par rapport à l'autoréférence de la clientèle orpheline vulnérable ou non-vulnérable, et ce, en tenant compte des caractéristiques de la population et de l'offre médicale sur le territoire.

Aux fins d'application du ratio de référence patients vulnérables / patients non vulnérables, la clientèle prioritaire du guichet peut être comptabilisée en tant que patient vulnérable même si cette clientèle ne rencontre pas la définition de « vulnérable » au sens de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de clientèle.

L'infirmière du guichet n'a pas à évaluer le patient qui fait l'objet d'une autoréférence car le médecin référant transmettra au personnel du guichet une «fiche d'information dûment complétée concernant le patient».

- **LE NOMBRE DE PATIENTS RÉFÉRÉS**

La lettre d'entente ne prévoit pas un nombre maximum de patients que le coordonnateur médical peut référer à un médecin étant entendu que ce dernier acceptera d'inscrire et de prendre en charge de nouveaux patients s'il estime avoir la disponibilité requise pour en assurer une prise en charge et le suivi requis par leur état de santé.

PARTIE II

INTERPRÉTATION DE CERTAINS ARTICLES DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 245

▪ **Article 1 – Inscription au guichet de prise en charge et de suivi de clientèle**

Un patient orphelin à la recherche d'un médecin de famille peut s'inscrire de lui-même à un guichet ou être référé par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

Si le patient fait l'objet d'une autoréférence par un médecin, il est de la responsabilité du médecin référant d'entreprendre lui-même toutes les démarches requises pour l'inscription de son patient au guichet de prise en charge et de suivi de clientèle du territoire du CSSS où il exerce. Conséquemment, le médecin référant ne doit pas demander au patient d'aller s'inscrire lui-même au guichet, le patient n'a donc pas à communiquer avec le guichet.

De plus, ni un médecin ni un coordonnateur médical ne doivent demander à un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de faire des démarches auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de son médecin antérieur pour mettre fin à son inscription afin de pouvoir être considéré comme un patient orphelin et faire l'objet d'une référence avec un numéro séquentiel.

▪ **Article 7 - Date de référence**

La notion de date de référence est importante dans le cadre de l'application de la LE n° 245 car la deuxième phrase de l'article 7 stipule que « l'inscription donnant lieu au supplément doit s'effectuer postérieurement à la date de référence par le coordonnateur médical ». Cet article précise donc que l'inscription du patient par le médecin auprès de la RAMQ doit s'effectuer lors d'un examen ou thérapie (visite auprès du médecin) après la date de référence par le guichet.

Illustrons la portée de cet article par différents exemples :

- Patient orphelin référé directement par le guichet (exemple 1):

Le 17 janvier 2012, le coordonnateur médical a sollicité un médecin qui accepte de prendre en charge le patient X et lui transmet la fiche de référence du patient avec un numéro séquentiel. Le médecin rencontre le patient le 19 janvier 2012. Il peut dès la première visite, inscrire le patient, transmettre cette inscription à la RAMQ et réclamer le montant supplémentaire de la LE 245 car l'inscription du patient a eu lieu lors d'une visite après la date de référence par le guichet.

La date de référence que le guichet inscrira sur la fiche du patient est la date à laquelle le patient a été référé par le guichet donc la date à laquelle le médecin a été sollicité et qu'il a accepté de prendre en charge le patient soit le 17 janvier 2012.

- Patient inscrit au guichet à la suite de l'autoréférence d'un médecin (exemple 2) :

Un patient qui fait l'objet d'une autoréférence est celui qui n'est pas inscrit au guichet et pour lequel un médecin, après avoir vérifié le statut d'orphelin du patient auprès de la RAMQ à l'aide de l'application en ligne « Inscription de la clientèle des professionnels de la santé » achemine une demande au guichet aux fins d'obtenir un numéro séquentiel.

Le patient X rencontre le docteur Y le 17 janvier 2012. Le patient étant orphelin, le médecin accepte de le prendre en charge. Il achemine au guichet une demande de numéro séquentiel la journée même par télécopieur.

La date de référence est la date où le médecin a transmis sa demande au guichet soit le 17 janvier 2012. Pour être conforme aux dispositions de la LE n° 245, dans cet exemple, le médecin devra attendre à une prochaine visite du patient X pour l'inscrire auprès de la RAMQ et réclamer le montant supplémentaire.

Le médecin qui aurait inscrit le patient X auprès de la RAMQ lors de la visite du 17 janvier 2012, ne rencontre pas les dispositions de la LE 245. En conséquence, la RAMQ lors d'une vérification, récupérera le montant supplémentaire qu'il aurait réclamé. Les conditions ne sont pas rencontrées car la date d'inscription serait la même journée que la date de référence par le guichet et non postérieure telle que stipulée par l'article 7.

- Patient inscrit au guichet à la suite de l'autoréférence d'un médecin (exemple 3) :

Le 17 janvier 2012, un médecin accepte de prendre en charge un patient orphelin. Il transmet le même jour au guichet, par courriel, la fiche de référence pour l'obtention d'un numéro séquentiel. Il lui donne un rendez-vous le 20 janvier 2012.

Dans la présente situation, le médecin peut tout en respectant les dispositions de la LE 245, inscrire le patient auprès de la RAMQ lors de cette visite et facturera le montant supplémentaire lorsqu'il aura obtenu le numéro séquentiel du guichet. Il est entendu que si le guichet lui a transmis le numéro séquentiel avant la date de la visite, le médecin pourra réclamer le montant supplémentaire de la LE n° 245 en même temps que les honoraires de sa visite.

Il est important de souligner que la date de référence et la date où le numéro séquentiel est émis peuvent être différentes. En effet, le personnel du guichet n'est pas toujours en mesure de transmettre au médecin toutes les informations prévues à l'article 8 de la LE n° 245 dans un court laps de temps, et ce, pour toutes sortes de raisons. Nous vous référons à la partie III du présent guide pour toute information relative au délai de traitement de la demande du médecin et ses impacts.

La date de référence se définit comme étant la date à laquelle le guichet réfère directement un patient à un médecin. Dans le cas d'une autoréférence, la date de référence correspond à la date à laquelle le médecin transmet une demande d'inscription du patient au guichet pour l'obtention d'un numéro séquentiel.

Une demande d'autoréférence doit être obligatoirement acheminée au guichet par une des voies suivantes : courrier, courriel ou télécopieur. Il y a lieu de souligner, qu'une demande d'autoréférence ne peut pas s'effectuer par téléphone. Si la demande est transmise par courrier, par exception, la date d'oblitération sera considérée comme date de référence du guichet.

Il est entendu que le personnel du guichet ne peut transmettre au médecin une date de référence qui ne rencontre pas les définitions mentionnées ci haut même s'il reçoit une demande en ce sens de la part d'un médecin ou de tout autre intervenant dans le dossier.

Logiciel SICAGO :

Nous attirons votre attention que, dans le cas d'une autoréférence, le personnel du guichet doit modifier manuellement la date de référence indiquée sur la fiche du patient dans l'application SIGACO pour la date qui correspond à la date à laquelle le médecin a transmis sa demande d'inscription au guichet d'accès. Ainsi, après avoir référé le patient à l'aide de l'application SIGACO, le personnel du guichet doit retourner dans la fiche du patient référé et modifier la date

qui correspond à la date à laquelle le médecin a transmis sa demande d'inscription au guichet d'accès et par suite, la transmettre au médecin pour confirmer la référence du patient.

- **Article 5- Patient déjà référé par le coordonnateur médical dans le cadre de la présente lettre d'entente depuis moins de 12 mois et qui s'adresse à nouveau au guichet pour être inscrit auprès d'un second médecin en raison d'une incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin.**

Malgré que le guichet ait comme objectif de prioriser la référence d'un patient orphelin à un médecin de famille, cet article permet de réinscrire au guichet un patient qui souhaite changer de médecin de famille en raison d'une incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par son médecin de famille et de le référer avec un numéro séquentiel à un autre médecin.

Il est à noter que cet article ne s'applique que pour le patient qui a été référé par le guichet (autoréférence ou non) depuis le 1^{er} novembre 2011. Le personnel du guichet informe alors le patient qu'il sera inscrit sur la liste de référence du guichet et qu'il sera priorisé selon la politique du guichet.

Le coordonnateur médical qui inscrit à nouveau le patient au guichet pour ce motif doit en informer la RAMQ dans les meilleurs délais en transmettant une lettre par courrier ou par télécopieur 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
Télécopieur : 418-646-8110

Le coordonnateur médical devra indiquer dans sa lettre que sa demande se fait en conformité avec l'article 5 de la LE n^o 245 et préciser les coordonnées du patient (nom, prénom et numéro d'assurance maladie du Québec) et celles du médecin (nom, prénom et numéro de permis) à qui il avait été référé et la date effective de fin d'inscription du patient.

La RAMQ mettra fin à l'inscription du patient auprès du médecin auquel le patient a été initialement référé à la date précisée par le coordonnateur médical et récupérera la moitié du montant supplémentaire réclamé en vertu de la LE n^o 245. La RAMQ pourrait prendre jusqu'à 4 semaines pour traiter la demande du coordonnateur médical. Cependant, le coordonnateur médical peut référer le patient à un autre médecin avec un numéro séquentiel , et ce, même si la RAMQ n'a pas encore traité la demande du coordonnateur.

- **Article 6- Référence de plus de 100 patients à un médecin**

Cet article permet à un coordonnateur médical, qui a référé plus de 100 patients à un médecin, et ce, peu importe la période de temps écoulé , de soumettre au comité paritaire une situation où il estime que le médecin n'offre pas de véritable prise en charge et de suivi des patients pour lesquels il a obtenu un numéro séquentiel. Après analyse du dossier soumis, le comité paritaire transmettra ses recommandations au coordonnateur médical, et le cas échéant, à la RAMQ.

Une démarche systématique auprès des médecins afin de s'assurer de la prise en charge et du suivi de la clientèle n'est pas requise du coordonnateur médical.

PARTIE III

RÉPONSES À DES SITUATIONS PRÉSENTÉES AU COMITÉ PARITAIRE

▪ ***Quelle est la définition d'un patient orphelin ?***

Un patient orphelin est celui qui n'est pas inscrit auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) par un médecin de famille. Un patient vu par un médecin à plusieurs reprises demeure orphelin tant et aussi longtemps que le médecin ne procède pas à son inscription auprès de la RAMQ.

▪ ***À partir de quel moment un patient cesse-t-il d'être considéré comme orphelin par le guichet?***

Pour le guichet, un patient cesse d'être considéré orphelin à partir du moment où il le réfère avec un numéro séquentiel à un médecin qui accepte de le prendre en charge et de l'inscrire à la RAMQ. Par ailleurs, aucun délai n'est prévu pour que le médecin utilise ce numéro séquentiel à des fins de facturation notamment pour le supplément de la LE n° 245. Cependant, le patient, officiellement, ne sera plus considéré comme orphelin quand le médecin aura transmis les informations requises pour son inscription à la RAMQ.

▪ ***Existe-t-il un outil permettant au coordonnateur médical et au personnel du guichet de vérifier le statut d'orphelin du patient avant d'octroyer un numéro séquentiel ?***

OUI. Dans les services en ligne de la RAMQ, à la bannière « *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* », le personnel autorisé d'un guichet d'accès a accès à l'application « *Patient inscrit* » pour savoir si un patient est inscrit ou non auprès d'un médecin de famille.

Le coordonnateur médical et son personnel autorisé ont accès aux informations portant sur le statut et l'identification de la personne assurée ainsi qu'à l'identification du CSSS si le patient est déjà inscrit auprès d'un médecin de famille. De plus, pour un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille, les coordonnées du médecin de famille (nom, prénom et numéro de pratique) ainsi que le lieu d'inscription du patient (nom du cabinet, CLSC, UMF ou localité et numéro de facturation RAMQ) sont ajoutées aux informations de base. Il est à noter que seul le personnel du guichet a accès à l'information relative au médecin traitant du patient non-orphelin.

En effet, un médecin de famille et son personnel peut avoir accès à l'application « *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* », mais il ne pourra obtenir les informations relatives à l'identification du médecin auprès duquel le patient est inscrit si celui-ci n'est pas orphelin. Cette information ne peut être rendu accessible en raison de la Loi d'accès à l'information.

Nous rappelons que le personnel du guichet ou un médecin qui voudrait qu'un patient mette fin à son inscription auprès d'un autre médecin ne peut pas demander au patient de communiquer avec la RAMQ pour mettre fin à son inscription ou lui demander de communiquer avec son médecin pour que celui-ci mette fin à son inscription.

- ***Est-ce que le coordonnateur médical est dans l'obligation de valider le statut du patient (orphelin ou non orphelin) avant d'émettre un numéro séquentiel à un médecin?***

Dans les cas de référence directe du guichet, il est de la responsabilité du coordonnateur médical de vérifier le statut d'orphelin du patient avant de transmettre un numéro séquentiel au médecin qui accepte de prendre en charge un patient.

Dans les cas d'autoréférence, le médecin qui achemine une demande doit effectuer une vérification du statut d'orphelin du patient et ne devrait pas demander un numéro séquentiel au guichet si le patient n'est pas orphelin au sens de la LE n° 245. Ceci dit, il demeure de la responsabilité du coordonnateur de vérifier le statut d'orphelin du patient avant d'émettre un numéro séquentiel et s'il s'avère que le patient n'est pas « orphelin » au sens de la présente Lettre d'entente, il devra informer le médecin qu'il n'aura pas de numéro séquentiel aux fins de facturation du montant supplémentaire de la LE n° 245.

- ***Un coordonnateur médical a obtenu la confirmation qu'un médecin a demandé à la RAMQ de mettre fin à ses inscriptions car il a changé de région ou qu'il a pris sa retraite ou qu'il a changé sa pratique en tout ou en partie. Lorsqu'il valide le statut d'orphelin du patient à l'aide de l'application dans les services en ligne de la RAMQ, à la bannière « Inscription de la clientèle des professionnels de la santé », celui-ci est toujours inscrit au médecin. Peut-il quand même le considérer comme « orphelin » et référer à un médecin avec un numéro séquentiel ?***

OUI, car la RAMQ peut prendre jusqu'à 4 semaines pour traiter les demandes qui lui sont transmises par les médecins qui souhaitent mettre fin à l'inscription de leur clientèle.

- ***Est-ce qu'un médecin peut se prévaloir des dispositions de LE n° 245 pour un patient référé par le guichet avant le 1^{er} novembre 2011 et pour lequel un numéro séquentiel a été signifié au médecin ?***

Pour répondre à cette question, il faut établir si le patient a été vu et inscrit par le médecin avant le 1^{er} novembre 2011 :

- si le patient a été vu et inscrit auprès de la RAMQ avant le 1^{er} novembre 2011, le médecin peut se prévaloir des dispositions de la lettre d'entente n° 195 uniquement s'il s'agit d'un patient orphelin vulnérable au sens de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle ;
- si le patient vulnérable ou non vulnérable est vu par le médecin et inscrit auprès de celui-ci le ou après le 1^{er} novembre 2011, le médecin peut se prévaloir des dispositions de la LE n° 245.

Un médecin qui a inscrit un patient auprès de la RAMQ sans demander un numéro séquentiel au guichet ne peut pas demander au guichet d'inscrire rétroactivement ce patient au guichet et lui octroyer un numéro séquentiel en considérant que la date de référence serait une date antérieure à l'inscription. Donner suite à une telle demande serait d'accepter de donner des informations qui ne sont pas conformes à la réalité, ce qui serait inacceptable.

- ***Est-ce qu'un coordonnateur médical peut demander à la RAMQ de mettre fin à l'inscription d'un patient auprès d'un médecin?***

NON, sauf dans la situation mentionnée à l'article 5 de la LE n° 245.

- ***Un patient qui souhaite changer de médecin de famille peut-il être considéré par le guichet comme un patient orphelin au sens de la LE n° 245?***

NON. Un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille n'est pas considéré comme un patient orphelin.

Toutefois, le guichet de référence du CSSS peut accepter d'inscrire à son guichet un patient non orphelin afin de le référer à un médecin mais le coordonnateur médical devra informer le médecin qui accepte de prendre en charge ce patient que celui-ci ne donne pas lieu aux dispositions de la LE n° 245.

Seul le patient déjà inscrit auprès d'un médecin qui rencontre les modalités prévues à l'article 5 de la LE n° 245 peut être considéré comme orphelin et, lors de sa référence, un numéro séquentiel sera octroyé au médecin qui accepte de le prendre en charge.

- ***Quelles sont les informations que le personnel du guichet doit transmettre au médecin qui accepte de prendre en charge un patient référé et priorisé par le guichet?***

Ce sont les mêmes informations que celles transmises dans le cadre de la LE n° 195, soit :

- la date de référence;
- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les renseignements cliniques pertinents en regard de la catégorie de vulnérabilité identifiée s'il y a lieu;
- le numéro séquentiel qu'il lui a été attribué;
- le numéro d'établissement qui identifie le CSSS.

- ***Un guichet d'un CSSS réfère des patients à un groupe de médecins. Est-ce que le guichet peut, dans son registre, inscrire seulement le nom de la clinique ?***

NON. La LE n° 245 précise que le CSSS doit conserver les coordonnées du médecin qui a accepté de prendre en charge le patient. Le CSSS doit donc être en mesure d'établir le nombre de patients orphelins vulnérables ou non-vulnérables référés qui ont effectivement été pris en charge par un médecin. Cependant, le CSSS peut orienter des patients à une clinique au lieu de s'adresser directement à un médecin en particulier. Il doit cependant prévoir un mécanisme de rétroaction permettant au CSSS d'être informé du nom et des coordonnées de chacun des médecins qui ont accepté la prise en charge et inscrit un patient.

Il est à noter que la RAMQ peut, pour fins de validation, demander au CSSS de lui transmettre une copie des informations contenues au Registre.

- ***Un coordonnateur médical est-il tenu d'inscrire à son guichet un patient qui vient d'un autre territoire ?***

Un patient est normalement inscrit au guichet d'accès de son territoire. Advenant le cas que le patient provienne d'un autre territoire, il est orienté vers le guichet de son territoire d'appartenance. Par ailleurs, un médecin qui, dans le cadre d'une autoréférence, prend en charge un patient hors-territoire doit acheminer une demande d'inscription pour ce patient au guichet du territoire où le médecin exerce.

- ***Est-ce que le guichet a un délai maximum pour transmettre au médecin son numéro séquentiel ?***

Pour répondre à cette question, nous vous ferons part des exigences de la RAMQ en regard du délai pour le médecin pour transmettre la facturation des services rendus:

Le médecin a un maximum de 90 jours après la dispensation d'un service pour transmettre la facturation des honoraires liés au service rendu. Ceci signifie, par exemple, que s'il a inscrit auprès de la RAMQ un patient le 17 janvier 2012, il aurait jusqu'au 16 avril 2012 pour transmettre sa facturation. S'il est hors délai, la RAMQ refusera le paiement des honoraires. Il y a certains motifs pour lesquels le médecin pourrait demander au Comité paritaire de demander une dérogation au délai de facturation en cas de refus par la RAMQ mais il est souhaitable pour tous les intervenants de mettre en place des outils permettant au médecin de réclamer ses honoraires dans les délais prescrits par la RAMQ.

Il est donc souhaitable que le guichet puisse mettre en place les outils et le personnel nécessaire pour traiter toutes les demande d'autoréférence et ainsi, transmettre au médecin toutes les informations relatives à sa demande (date de référence, n° séquentiel et n° du CSSS) dans un délai maximum de 60 jours de la date de demande d'autoréférence. Ainsi, le médecin disposera de suffisamment de temps pour transmettre sa demande de paiement à la RAMQ.

- ***Est-ce que le guichet doit conserver les documents transmis par les médecins dans le cadre d'une autoréférence?***

Il est suggéré de conserver les formulaires de demande d'autoréférence et ce, pour avoir les pièces justificatives en cas de contestation de la part d'un médecin de la date de référence inscrite par le guichet.

- ***Un médecin informe le coordonnateur médical qu'il quitte temporairement ou définitivement la région. Est-ce que ses patients deviennent automatiquement orphelins ?***

NON. Un médecin peut modifier sa pratique sur une base temporaire ou définitive. Alors, le coordonnateur médical doit clarifier la situation avec le médecin et le référer à l'article 12 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle. Cet article précise les modalités applicables en cas de modification de la pratique d'un médecin. Il traite, entre autres, des situations ci-après décrites :

- ✚ Si un médecin quitte « provisoirement » sa région mais prévoit y revenir et continuer la prise en charge de sa clientèle, ce médecin en informe la RAMQ. S'il ne fait pas partie d'un groupe de pratique au lieu où est inscrite sa clientèle, il peut transférer temporairement ses patients à un ou des médecins de son choix. Il doit en informer la RAMQ en complétant le formulaire 4072. Les patients sont ainsi pris en charge temporairement par d'autres médecins mais demeurent inscrits auprès du médecin de famille. Sa clientèle n'est pas orpheline et, en conséquence, ne rencontre pas les critères d'admissibilité de la LE n° 245.
- ✚ Si le médecin quitte définitivement sa région et considère ne plus être en mesure d'assurer le suivi de sa clientèle, il doit en informer la RAMQ, laquelle mettra fin à l'inscription de sa clientèle. S'il est un médecin pratiquant hors GMF, il doit compléter et transmettre à la RAMQ le formulaire 4094 « Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF ». Les patients cesseront d'être inscrits à ce médecin sauf ceux pour lesquels il aura indiqué qu'il continuera à assurer la prise en charge. Les patients ainsi désinscrits deviendront orphelins et le guichet de référence

pourra les prioriser et les référer dans le cadre de la LE n° 245. Le médecin exerçant en GMF peut effectuer cette démarche par le biais des services en ligne de la RAMQ. Dans la situation où le médecin a confirmé au coordonnateur qu'il a quitté définitivement la région et qu'il en informera la RAMQ, le coordonnateur peut référer les patients de ce médecin avec un numéro séquentiel.

- **À la suite d'un déménagement dans une autre région, un patient s'inscrit de lui-même au guichet ou fait l'objet d'une autoréférence par un médecin de sa nouvelle région. Est-ce que son inscription antérieure prend fin automatiquement auprès de la RAMQ ?**

NON. Il demeure toujours inscrit à la RAMQ et seule l'inscription par un autre médecin de famille met fin à sa précédente inscription et ni le coordonnateur médical, ni un autre médecin, ni le patient lui-même ne peuvent demander à la RAMQ de mettre fin à l'inscription auprès du médecin de famille.

La vérification du statut d'orphelin auprès de la RAMQ permettra au coordonnateur médical de connaître dans quelle région le patient était inscrit et de valider avec celui-ci le fait qu'il ne peut plus être suivi par son médecin. S'il estime la requête recevable, le coordonnateur médical peut le considérer comme patient « orphelin » au sens de la présente lettre d'entente et le référer avec un numéro séquentiel, ce qui permettra au nouveau médecin qui le prend en charge de se prévaloir du montant supplémentaire.

- **Un médecin inscrit auprès de la RAMQ un patient orphelin « non vulnérable » qui lui est référé par le guichet ou encore un patient pour lequel il a demandé un numéro séquentiel (autoréférence) et réclame auprès de la RAMQ le montant supplémentaire pour un patient non vulnérable. Lors d'une visite subséquente, le médecin estime que le patient présente une des conditions de « vulnérabilité ». Est-ce que le médecin peut demander à la RAMQ le montant supplémentaire pour un patient vulnérable au sens de la LE n° 245?**

Non, le médecin réclame le montant supplémentaire de la LE n° 245 en fonction de la condition de vulnérabilité ou non vulnérabilité du patient lors de la visite qui a donné lieu à l'inscription du patient auprès de la RAMQ.

- **Le médecin est-il obligé de réclamer à la RAMQ le montant supplémentaire sur la même demande de paiement que l'examen ?**

La RAMQ demande à ce que le montant supplémentaire soit réclamé sur la même demande de paiement que la visite qui a donné lieu à l'inscription du patient par le médecin auprès de la RAMQ.

Cependant, compte-tenu que le guichet n'est pas toujours en mesure de traiter la demande d'autoréférence du médecin avant que celui-ci ne procède à l'inscription du patient auprès de la RAMQ, celle-ci accepte que le médecin réclame le montant supplémentaire sur une demande de paiement distincte. Par ailleurs, le médecin devra indiquer sur sa demande de paiement la date de la visite qui a donné lieu à l'inscription du patient à la RAMQ.

- ***Est-ce que la prise en charge d'une patiente pendant sa grossesse à la suite d'une référence du guichet donne lieu à l'application de la LE n° 245 ? Est-ce que cette patiente qui fait partie de la clientèle prioritaire du guichet peut donner accès au montant supplémentaire pour un patient orphelin « vulnérable » ?***

Pour trouver réponse à cette question, il faut se référer à l'article 3 de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle. Cet article précise les conditions de base à l'inscription. Le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels ou celui qui s'engage à n'assurer que le suivi de la patiente durant sa grossesse, ne peut pas se prévaloir des dispositions de cette lettre d'entente. Par conséquent, cette référence ne peut donner lieu à l'octroi d'un numéro séquentiel par le guichet. Il est important d'en informer le médecin.

Cependant, si le médecin accepte de prendre en charge à long terme la patiente pour l'ensemble de ses problèmes de santé, il est considéré comme le médecin de famille de celle-ci et le guichet peut lui octroyer un numéro séquentiel afin que le médecin puisse se prévaloir de la LE n° 245.

La patiente n'est pas considérée comme répondant à la définition de patiente « vulnérable » à moins de répondre à l'une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'entente particulière de prise en charge et suivi de la clientèle.

A titre d'information complémentaire, en vertu de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle, le médecin qui accepte de prendre en charge et de suivre une patiente pendant sa grossesse reçoit, un supplément à l'examen de prise en charge lorsque cet examen se fait au cours du premier trimestre. Un deuxième supplément s'ajoute à chaque examen fait dans le cadre du suivi de grossesse. Ces suppléments sont aussi payables au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en établissement même s'il ne peut réclamer l'examen préalable. Depuis le 1^{er} janvier 2012, le médecin auquel une patiente est référée par son médecin de famille en vue de l'accouchement pourra réclamer un supplément pour la prise en charge temporaire de la patiente pendant sa grossesse.

- ***Un médecin est en congé de maternité, d'adoption ou de maladie. Est-ce que la clientèle du médecin peut être considérée comme étant orpheline et donner lieu au montant supplémentaire de la LE n° 245 ?***

NON, à moins que le médecin demande à la RAMQ de mettre fin à l'inscription de ses patients car il n'est plus en mesure d'assurer la prise en charge de sa clientèle de façon permanente.

À cet égard, rappelons que l'article 11.03 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle précise les modalités de rémunération pour les médecins qui acceptent d'assurer le suivi des patients pendant l'absence d'un médecin.

Si le médecin est en congé de maladie pour une période indéterminée, le médecin coordonnateur médical peut communiquer avec ce médecin pour lui demander de mettre fin à l'inscription de sa clientèle en tout ou en partie en lui rappelant l'importance pour sa clientèle d'être prise en charge par un autre médecin. Si le médecin ne veut pas mettre fin à l'inscription de certains patients, le coordonnateur médical peut quand même inscrire ceux-ci au guichet et les référer à un autre médecin qui accepte de les prendre en charge. Cependant, cette référence ne peut donner ouverture à l'émission d'un numéro séquentiel et conséquemment au versement du montant supplémentaire.

- **Un médecin a fait l'objet d'une radiation du tableau du Collège des médecins du Québec. Est-ce ses patients peuvent être considérés comme étant « orphelins » et donner accès à la LE n° 245 ?**

Le patient d'un médecin qui est radié d'une façon permanente est considéré comme étant un patient « orphelin », même si dans les systèmes informatiques de la Régie, il est toujours inscrit auprès de ce médecin de famille.

- **Un médecin informe le coordonnateur médical qu'il prend sa retraite. Est-ce que la RAMQ met fin aux inscriptions des patients auprès de ce médecin de façon automatique?**

La RAMQ pourra mettre fin aux inscriptions des patients du médecin sur réception de la demande de celui-ci de mettre fin aux inscriptions de ces patients à partir de la date qu'il indiquera. En effet, le paragraphe 12.03 de l'entente particulière de prise en charge et suivi de la clientèle stipule:

« Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin de famille qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés soient désinscrits.

Le médecin qui omet de transmettre à la Régie l'information requise pour désinscrire la clientèle dont il ne compte plus assurer le suivi demeure assujéti aux obligations de prise en charge et de suivi à leur égard. De ce fait, ces patients ne peuvent faire l'objet de référence par le guichet d'accès comme patients orphelins.»

Le médecin coordonnateur doit s'assurer que le médecin a transmis toutes les informations requises à la RAMQ. Le médecin informe la RAMQ par lettre en précisant ses coordonnées (nom, prénom, numéro de permis) et la date à laquelle il veut mettre fin à ses inscriptions. Cette lettre est 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
Télécopieur : 418-646-8110

Compte-tenu des délais qui peuvent être occasionnés par le traitement de la RAMQ, le médecin coordonnateur peut, à partir du moment qu'un médecin lui a confirmé qu'il demandait à la RAMQ de mettre fin à l'inscription de ses patients avec une date effective, référer les patients à un médecin avec un numéro séquentiel pour une prise en charge car dans les faits les patients sont "orphelins".

- **Un patient qui est inscrit auprès d'un médecin de famille mais n'a pas vu ce médecin depuis 5 ans, est-il considéré comme un patient orphelin ?**

NON. Même si un patient n'a pas vu son médecin pendant 5 ans et que ce dernier lui indique que son dossier a été détruit, il demeure inscrit auprès de ce médecin de famille. Conséquemment, ce médecin ne peut pas demander au guichet de lui référer ce patient avec un numéro séquentiel. D'ailleurs, lors de la validation du statut d'orphelin du patient, le personnel du guichet constatera qu'il est effectivement inscrit au nom du médecin.

Si le médecin souhaite mettre fin à sa relation avec le patient, il doit en aviser le service de l'admissibilité de la RAMQ. Cependant, il ne peut mettre fin à cette inscription et par la suite, demander au coordonnateur médical de lui octroyer un numéro séquentiel pour ce même patient.

- ***Est-ce qu'il y a un nombre maximum de patients orphelins avec numéro séquentiel que le guichet peut référer à un médecin qui débute sa pratique (nouveau facturant) ou qui commence à pratiquer dans une région?***

NON. Les mêmes critères ou balises du guichet quant à la priorisation de la clientèle (référence et autoréférence) s'appliquent à ce médecin comme à celui qui est déjà en pratique dans la région.

- ***Un patient s'inscrit ou est référé au guichet à la suite du décès de son médecin de famille. Lors d'une validation de son statut d'inscription avec l'application « Inscription de la clientèle des professionnels de la santé », aura-il un statut d'orphelin ?***

La RAMQ met fin aux inscriptions lorsqu'elle obtient l'information relative au décès du médecin, soit par le Collège des médecins du Québec ou par le biais du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA). Ce processus implique un certain délai et il est possible que dans les systèmes informatiques de la RAMQ, le patient soit encore inscrit lors de la validation du coordonnateur médical. Cependant, dans les faits, le patient est « orphelin » et le coordonnateur médical peut le référer avec un numéro séquentiel à un médecin qui accepte de le prendre en charge.

- ***Lorsqu'un patient non vulnérable est référé par le guichet, s'il est vu et inscrit auprès de la RAMQ au nom du médecin par une infirmière praticienne spécialisée (IPS), est-ce que le médecin peut utiliser le numéro séquentiel pour réclamer le montant supplémentaire prévu à la LE n° 245 sans qu'il ait à effectuer lui-même un examen ?***

Non, même si la LE n° 229 prévoit qu'un patient non vulnérable puisse être inscrit par l'IPS auprès de la RAMQ au nom d'un médecin à l'occasion d'une visite auprès de celle-ci, il est important de souligner que dans le cadre de la LE n° 245, si le médecin désire se prévaloir du supplément, autant pour un patient non vulnérable que vulnérable, il doit lui-même inscrire ce patient auprès de la RAMQ à la suite d'un examen ou d'une thérapie effectuée qu'il aura lui-même effectué..

- ***Le médecin qui a demandé à la RAMQ de mettre fin à l'inscription d'une partie de sa clientèle, peut-il se prévaloir du montant supplémentaire prévu à la LE n° 245 ?***

Un médecin ne peut mettre fin à l'inscription d'une partie de sa clientèle, et en même temps, demander au guichet de lui référer soit les mêmes patients, soit d'autres patients « orphelins » avec numéro séquentiel.

Fait exception à cette règle, le médecin qui change de territoire de pratique et qui a demandé à la RAMQ de mettre fin aux inscriptions des patients qu'il y suivait. En effet, ayant changé de territoire géographique, les patients n'ont plus accès à ses services.

▪ **COORDONNÉES DES MEMBRES DU COMITÉ PARITAIRE POUR TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE**

Représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec :

Me Pierre Belzile pbelzile@fmoq.org

Dr Jean Cloutier jcloutier@fmoq.org

Dr Serge Dulude, sdulude@fmoq.org

Téléphone de la FMOQ 1-800-361-8499 ou 1-514-878-1911

Représentants du Ministère de la Santé et Services sociaux :

Mme Marie-Claire Leblanc, Tél : 1-418-266-8434 marie.claire.leblanc@msss.gouv.qc.ca

Mme Véronique Bernard-Laliberté, (questions relatives à l'organisation du guichet)
Tél : 1-418-266-8903 veronique.bernard-laliberte@msss.gouv.qc.ca

Version du 2012-02-03