

- > Médecins omnipraticiens
- > Chefs de département régional de médecine générale

Lettre d'entente pour la clientèle en attente au GAMF

Amendement n° 204

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu :

- d'abolir les lettres d'entente n^{os} 368 à 377 rétroactivement au **31 mai 2024**;
- d'introduire la [Lettre d'entente n° 393 concernant la clientèle en attente au guichet d'accès à un médecin de famille](#) rétroactivement au **1^{er} juin 2024**.

Les trimestres d'application de la *Lettre d'entente n° 393* sont les suivants :

- 1^{er} juin au 31 août 2024;
- 1^{er} septembre au 30 novembre 2024;
- 1^{er} décembre 2024 au 28 février 2025;
- 1^{er} mars au 31 mai 2025.

Nous serons prêts à recevoir votre facturation à partir du **23 septembre 2024**.

SOMMAIRE

| | | |
|-----|--|---|
| 1 | Inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF | 2 |
| 1.1 | Modalités générales..... | 2 |
| 1.2 | Modalités de rémunération..... | 4 |
| 1.3 | Autres modalités | 6 |
| 1.4 | Rapport de l'orchestrateur | 8 |
| 2 | Abolition des lettres d'entente n ^{os} 368 à 377 | 8 |

c. c. : Agences de facturation commerciales

Courriel et site Web

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel
www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels

Téléphone

Québec 418 780-4208
Montréal 514 687-3612
Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

1 Inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF

Depuis le **1^{er} juin 2022**, les médecins exerçant dans un lieu d'inscription en première ligne peuvent, sur une base volontaire, former un groupe de médecins pour inscrire collectivement un nombre de patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Les médecins qui travaillent dans un cabinet représentent un seul groupe.

On entend par *lieu d'inscription en première ligne* (ci-après « cabinet ») les lieux suivants :

- cabinet GMF;
- cabinet non GMF codifié;
- GMF-U en cabinet ou en établissement;
- CLSC GMF ou non;
- GMF-AR.

À moins d'avis contraire, les groupes déjà formés continuent d'exister et les engagements pris selon la *Lettre d'entente n° 368* sont reconduits selon la présente lettre d'entente. Le groupe de médecins peut, s'il y a lieu, apporter une modification à son engagement avec son département régional de médecine générale (DRMG). Cette modification doit être confirmée par un addendum à l'engagement.

Le cas échéant, chaque DRMG, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, assure la révision des engagements des groupes de médecins. Le DRMG identifie les groupes de médecins désirant recevoir un nombre de patients du GAMF. Ceux-ci conviennent ensuite d'une entente, sous forme d'engagement, pour déterminer le nombre de patients que le cabinet accepte d'inscrire collectivement.

Chaque DRMG est chargé de distribuer les patients en attente au GAMF de sa région aux groupes de médecins qui participent à la mesure. Il informe le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) des ententes prises sur le territoire et le GACO en informe la RAMQ. Nous déclenchons alors l'inscription de groupe auprès des patients visés, qui sont alors considérés comme inscrits auprès du cabinet. Ils ne sont donc plus considérés comme étant orphelins ou en attente au GAMF. Les patients demeurent toutefois inscrits auprès du GAMF puisqu'ils pourront être pris en charge individuellement par un médecin.

Une lettre sera transmise par la RAMQ aux patients visés par l'inscription collective afin de les informer du groupe qui les prendra en charge. Pour prendre rendez-vous, ces patients seront dirigés vers le [Guichet d'accès à la première ligne](#) (GAP) de leur région, qui s'occupera de fixer le rendez-vous par le biais de l'orchestrateur. Toutefois, pour un suivi convenu entre le patient inscrit collectivement et le médecin, la prise de rendez-vous est assurée directement par le lieu d'inscription en première ligne. Dans ce cas, la visite est comptabilisée dans votre offre de services attendue.

Pour plus de détails, consultez la page Web [Inscription d'un groupe de patients auprès d'un groupe de médecins](#).

1.1 Modalités générales

Le patient inscrit collectivement doit bénéficier de la même offre de services que celle dont bénéficient les patients inscrits auprès de l'un ou l'autre des médecins du cabinet. Il peut donc, au besoin, être référé à l'un ou l'autre des professionnels de votre milieu.

Pour le patient inscrit collectivement, vous ne pouvez pas vous prévaloir des modalités de l'[Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#) (40) ni du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code de facturation **08875**) prévu à l'[Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille \(GMF\)](#) (33).

Toutefois, le fait qu'un patient soit inscrit collectivement dans votre cabinet ne vous empêche pas de l'inscrire individuellement auprès de vous. Si vous inscrivez le patient auprès de vous, vous pouvez alors bénéficier des modalités et des conditions de rémunération liées à l'inscription individuelle d'un patient en vertu de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, comme si le patient provenait directement du GAMF. Vous bénéficiez aussi du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code de facturation **08875**) lorsqu'applicable.

1.1.1 Offre médicale

L'offre de services médicaux du groupe de médecins, mesurée par l'orchestrateur, doit être d'une plage de rendez-vous par année, par patient prévu au contrat d'engagement. Les plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP dans un délai raisonnable. Elles sont rendues disponibles au GAP graduellement selon les principes de l'accès adapté. Une certaine prévisibilité des rendez-vous doit être assurée pour les patients inscrits collectivement, notamment pour combler les besoins non urgents. Afin de vous ajuster aux besoins de votre clientèle et d'assurer cette prévisibilité, votre groupe peut convenir avec le GAP de votre région du nombre de jours nécessaire entre la communication des plages et leur disponibilité. L'offre médicale d'une plage par patient est répartie au cours de l'année pour refléter les besoins accrus lors de certaines périodes. Voici la répartition par trimestre :

| Trimestre | Distribution |
|--|--------------|
| 1 ^{er} juin au 31 août 2024 | 0,20* |
| 1 ^{er} septembre au 30 novembre 2024 | 0,25 |
| 1 ^{er} décembre 2024 au 28 février 2025 | 0,30 |
| 1 ^{er} mars au 31 mai 2025 | 0,25 |
| Total | 1 plage* |

*Exceptionnellement, pour permettre la relance de l'offre de plages au GAP, la distribution peut être de 0,15 pour le trimestre du 1^{er} juin au 31 août 2024 au lieu de 0,20, qui serait normalement applicable pour ce trimestre. Conséquemment, pour cette année, l'offre médicale de plage pourrait être de 0,95 par patient prévu à l'engagement.

De plus, au moins 20 % des plages du trimestre doivent être offertes à chacun des mois, à l'exception du trimestre du 1^{er} juin au 31 août 2024. Selon les besoins de la région, le DRMG peut autoriser une distribution différente par trimestre tant que le nombre total de plages de rendez-vous offert par année corresponde à une plage par patient. La répartition de l'offre médicale doit être assurée de façon équitable tout au long du trimestre. Pour se prévaloir de cette modalité, le DRMG doit acheminer au préalable une lettre d'autorisation à la RAMQ en indiquant le pourcentage de distribution des plages de rendez-vous offertes pour le groupe de médecins. Pour toute question, référez-vous à votre DRMG.

1.1.2 Médecin responsable

Un médecin du groupe devra être désigné par les membres du groupe à titre de médecin responsable. Vous n'avez pas à nous transmettre le nom du médecin responsable, puisque c'est le DRMG de votre région qui a la responsabilité de maintenir cette information à jour dans le tableau des engagements qui nous est transmis.

En tant que médecin responsable, vous devez vous assurer du respect des seuils établis selon les données extraites de l'orchestrateur. Un rapport vous sera fourni par Petal après chaque trimestre.

Si les seuils établis sont respectés, vous devrez répartir les forfaits entre les médecins participants, selon la participation de chacun aux services rendus aux patients inscrits collectivement.

À des fins de vérifications ultérieures, vous devez conserver les informations et les rapports relatifs à la répartition des forfaits pour chacun des trimestres.

Aucune rémunération additionnelle n'est prévue pour le médecin responsable.

1.2 Modalités de rémunération

1.2.1 Visite de suivi pour un patient inscrit collectivement

Normalement, lorsqu'un patient qui n'est pas inscrit individuellement consulte dans le cadre du sans rendez-vous, vous avez accès à la facturation d'une visite ponctuelle mineure ou complexe pour un patient non vulnérable. La *Lettre d'entente n° 393* prévoit une modalité d'exception qui vous permet de facturer la visite de suivi habituellement prévue pour le patient inscrit. En effet, lorsque vous effectuez une visite auprès d'un patient inscrit dans votre groupe et qu'il est vu dans l'un des sites de votre groupe de médecins, vous pouvez facturer une visite de suivi pour un patient vulnérable ou non ([par. 2.2.6 A c\) 3\) du Préambule général](#)). Pour plus de détails, référez-vous à l'Entente générale.

Vous devez utiliser l'élément de contexte *Patient inscrit en groupe selon la LE – Accès à l'offre de services en première ligne*.

Si vous devez revoir un patient inscrit collectivement au cours de la même journée, vous pouvez à nouveau vous prévaloir de la visite de suivi. Dans cette situation, utilisez aussi l'élément de contexte *Séance différente*.

Vous avez **90 jours** à partir du **23 septembre 2024** pour facturer les services rendus ou pour modifier votre facturation, s'il y a lieu, rétroactivement au **1^{er} juin 2024**.

1.2.2 Visite pour un patient non inscrit collectivement

Pour chacune des visites effectuées auprès d'un patient non inscrit collectivement et qui est vu dans une plage GAP, vous avez accès à la facturation généralement applicable au sans rendez-vous.

À partir du **23 septembre 2024**, utilisez l'élément de contexte *Visite effectuée pendant une plage de rendez-vous réservée pour le GAP*, si nécessaire.

1.2.3 Premier montant forfaitaire en lien avec l'offre de service

Lorsque vous vous prévalez des modalités de la *Lettre d'entente n° 393*, vous pouvez recevoir une rémunération forfaitaire en plus de votre rémunération habituelle.

Le nombre de forfaits alloués pour l'inscription de groupe correspond au nombre de patients prévu à l'engagement de votre groupe.

Si votre contrat d'engagement est modifié en cours de trimestre par un addendum, l'engagement présentant le nombre de patients le plus élevé servira de référence pour déterminer le nombre de forfaits qui s'applique à ce trimestre.

Le groupe peut se prévaloir d'un montant forfaitaire de **12,50 \$** par trimestre par patient prévu à l'engagement (code de facturation **42251**) pour autant qu'il ait respecté l'offre médicale prévue à 1.1.1, et ce, que la plage soit utilisée ou non. Vous pouvez vous prévaloir du nombre de forfaits qui vous a été accordé par le médecin responsable à la suite de la réception du rapport produit par Petal.

En cas de refus, si votre facturation est conforme à la répartition des forfaits autorisée par le médecin responsable, vous pouvez soumettre une demande de révision et y joindre le document de répartition du médecin responsable. Dans ce cas, nous réévaluerons l'ensemble des forfaits facturés par le groupe afin de nous conformer à ce que le médecin responsable avait réparti.

Dans le cas où l'offre médicale n'a pas été respectée en totalité, mais qu'au moins 90 % des plages prévues pendant le trimestre ont été offertes, le groupe peut se prévaloir du nombre de forfaits au prorata de 90 % à 100 % de l'atteinte de la cible. Voir l'exemple ci-dessous.

Vous devez indiquer comme **date de service le dernier jour du trimestre d'application**. Toutefois, si vous devenez inadmissible ou en congé prolongé en cours de trimestre, vous devez facturer ce forfait la veille de votre inadmissibilité ou congé en utilisant l'élément de contexte *Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42251 ou 42267 à la dernière journée du trimestre en cours*.

Exemple

Contexte : Au trimestre du 1^{er} septembre au 30 novembre, vous avez 1 000 patients prévus à l'engagement et l'offre médicale doit être de 0,25 plage par patient, soit 250 plages offertes.

Vous atteignez la cible à 100 % (au moins 250 plages offertes)

Le médecin responsable répartit 1 000 forfaits entre les médecins du groupe selon leur participation :
 $12,50 \text{ \$/patient} \times 1\,000 = 12\,500 \text{ \$}$.

Vous n'atteignez pas la cible, mais vous avez offert au moins 90 % des plages (minimum 225, mais moins de 250 plages offertes)

Le médecin responsable répartit au prorata les forfaits entre les médecins du groupe. Si vous offrez 225 plages, cela constitue 90 % de l'engagement, soit 900 forfaits : $12,50 \text{ \$/patient} \times 900 = 11\,250 \text{ \$}$.

Vous n'atteignez pas la cible de 90 % (moins de 225 plages offertes)

Le groupe ne peut pas facturer les forfaits à moins d'avoir été autorisé par le comité paritaire à les facturer au prorata.

Vous avez **90 jours** à partir du **23 septembre 2024** pour facturer les forfaits ou pour modifier votre facturation, s'il y a lieu, **rétroactivement au 1^{er} juin 2024**.

Si vous avez facturé le forfait codifié **42251** avant la fin du premier trimestre, un refus paraîtra à l'état de compte du **11 octobre 2024** avec le message explicatif suivant :

4673 – Conformément aux avis de facturation des paragraphes 1.15 4) et 8) de la Lettre d'entente n° 393, vous devez utiliser la dernière journée du trimestre comme date de service.

1.2.4 Second forfait en lien avec la consommation des plages offertes

Un montant forfaitaire de 50 \$ (code de facturation **42267**) est payable pour chaque plage de rendez-vous offerte au GAP et utilisée prioritairement par un patient inscrit collectivement ou ensuite par un patient non inscrit collectivement référé par le GAP, jusqu'à concurrence de l'offre de plage de rendez-vous prévue pour le trimestre.

À partir du 2^e trimestre, chaque patient vu dans le cadre d'une plage GAP sera comptabilisé pour obtenir le nombre de plages utilisées qui sera fourni dans le rapport de Petal.

À la fin de chaque trimestre, le médecin responsable répartit le nombre de forfaits entre les médecins du groupe. Ce nombre doit correspondre au nombre de plages utilisées inscrit dans le rapport.

Exceptionnellement, pour la répartition des forfaits du 1^{er} trimestre, vous devez facturer les forfaits selon l'offre de plages de rendez-vous prévue à votre engagement. Conservez votre rapport du dossier médical électronique (DMÉ) qui prouve l'utilisation des plages de rendez-vous GAP.

Vous devez facturer le nombre de forfaits (code de facturation **42267**) qui vous a été attribué et **indiquer comme date de service le dernier jour du trimestre d'application**.

Toutefois, si vous devenez inadmissible ou en congé prolongé en cours de trimestre, facturez ce forfait la veille de votre inadmissibilité ou congé en utilisant l'élément de contexte ***Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42251 ou 42267 à la dernière journée du trimestre en cours.***

Exemple

Contexte : Au trimestre du 1^{er} septembre au 30 novembre, vous avez 1 000 patients prévus à l'engagement et l'offre médicale doit être de 0,25 plage par patient, soit 250 plages offertes.

Considérant la distribution prévue pour ce trimestre, le groupe peut facturer un maximum de 250 forfaits. Si plus de 250 forfaits sont facturés, les forfaits dépassant le maximum seront refusés.

250 plages x 50 \$/plage = 12 500 \$

Cependant, si le rapport fait état de 215 plages utilisées durant le trimestre, seuls 215 forfaits pourront être facturés.

215 plages x 50 \$/plage = 10 750 \$

En cas de refus, si votre facturation est conforme à la répartition des forfaits autorisée par le médecin responsable, vous pouvez soumettre une demande de révision et y joindre le document de répartition du médecin responsable. Dans ce cas, nous réévaluerons l'ensemble des forfaits facturés par le groupe afin de nous conformer à ce que le médecin responsable avait réparti.

Vous avez 90 jours à partir du 23 septembre 2024 pour facturer les forfaits rétroactivement au 1^{er} juin 2024.

1.3 Autres modalités

1.3.1 Programmes GMF

L'inscription de groupe est considérée pour le soutien professionnel comme défini au programme GMF (programme transitoire).

1.3.2 Transfert de patients

Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de sa pratique, de son déménagement ou de son décès, le médecin (ou le coordonnateur médical local) peut choisir de transférer les patients inscrits individuellement auprès de lui :

- en totalité ou en partie, selon la [Lettre d'entente n° 304](#), pour une inscription individuelle;
- en totalité ou en partie, au groupe de médecins de son lieu de pratique s'ils ont adhéré à la présente mesure. Dans ce dernier cas, puisque les patients seront inscrits collectivement, les modalités de la *Lettre d'entente n° 304* ne s'appliquent pas;
- une partie de ses patients pour une prise en charge individuelle selon la *Lettre d'entente n° 304* et l'autre partie pour une inscription collective au groupe de médecins.

Pour transférer vos patients au groupe de médecins, vous devez remplir le formulaire [Entente pour l'inscription de patients à un groupe de médecins – Lettre d'entente n° 393](#) (4517) et y joindre une liste des patients transférés.

Si vous transférez vos patients selon la *Lettre d'entente n° 304*, continuez d'utiliser le formulaire [Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d'entente n° 304](#) (4381).

Si vous transférez une partie de vos patients au groupe de médecins et une partie selon la *Lettre d'entente n° 304*, vous devrez remplir le formulaire 4517 et le formulaire 4381 et joindre une liste distincte des patients transférés pour chaque formulaire.

Dans le cas de votre décès, votre coordonnateur médical local devra remplir le formulaire. Nous confirmerons le transfert d'inscription aux patients visés.

1.3.3 Frais de cabinet

En GMF, vous pouvez vous prévaloir de la compensation pour les frais de cabinet (codes de facturation **19928** [services rendus à au moins 10 patients] et **19929** [services rendus à au moins 20 patients]) lorsque vous rendez des services au sans rendez-vous à des patients inscrits collectivement. Ces patients peuvent être comptabilisés dans l'atteinte du minimum de 10 ou 20 patients pour vous prévaloir de la compensation. Toutefois, vous ne pouvez vous prévaloir d'aucune autre modalité de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Lors de la facturation de la compensation pour les frais de cabinet (codes de facturation **19928** et **19929**), utilisez l'un des éléments de contexte suivants selon la situation :

- *GMF – Services sans rendez-vous;*
- *Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR).*

1.3.4 Taux d'assiduité et supplément au volume de patients inscrits

Votre participation à la *Lettre d'entente n° 393* a une incidence sur le versement du supplément au volume de patients inscrits (SVPI). Si vous ne vous prévaluez pas une première fois des forfaits de la *Lettre d'entente n° 393*, le montant de votre supplément sera versé en fonction de votre taux d'assiduité.

Pour toute la durée de la *Lettre d'entente n° 393*, dès le moment où vous facturez le forfait codifié **42251** ou **42267**, le calcul du supplément au volume de patients inscrits s'effectue différemment.

À partir de ce moment, pour chaque trimestre où vous facturerez l'un de ces codes, nous calculerons que vous avez droit à 25 % du montant pour le supplément au volume de patient inscrit. Si pour un trimestre, vous n'atteignez pas les cibles vous permettant de facturer les forfaits de la *Lettre d'entente n° 393*, aucun montant pour le supplément au volume de patient inscrit ne sera considéré pour ce trimestre.

Si vous ne facturez plus les forfaits de la *Lettre d'entente n° 393* parce que vous avez choisi de ne plus participer à la lettre d'entente, il est impératif que vous nous en informiez par le [formulaire de désistement](#) afin que nous puissions à nouveau effectuer le calcul selon votre taux d'assiduité.

1.3.5 Formulaire de désistement ou de réengagement

Pour que nous puissions vous verser conformément le supplément au volume de patients inscrits selon l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, informez-nous, s'il y a lieu, de votre désistement ou de votre réengagement à la *Lettre d'entente n° 393*.

Pour cela, vous devez :

- remplir le formulaire [Demande de désistement ou de réengagement – Lettre d'entente n° 393](#) (4522);
- nous le transmettre en format PDF par courriel à l'adresse suivante : registrairedocofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

Lorsque vous nous transmettez votre demande, votre désistement ou votre réengagement entre en vigueur le trimestre suivant la date de signature.

Le réengagement est nécessaire uniquement pour un professionnel qui s'est préalablement désisté par le formulaire 4522 et qui souhaite participer à nouveau à la mesure.

Exceptionnellement, vous avez jusqu'au 1^{er} décembre pour nous faire part de votre désistement pour le trimestre débutant le 1^{er} juin 2024 ainsi que celui débutant le 1^{er} septembre 2024. Pour les trimestres qui suivront, nous n'accepterons pas de désistement ayant une portée rétroactive sous réserve de la réception d'une autorisation du comité paritaire.

1.3.6 Absence prolongée

Lors de votre absence, vous subissez les mêmes conséquences que votre groupe de médecins. Si votre groupe a respecté l'offre de service liée à l'orchestrateur et qu'il respecte les conditions lui permettant de facturer le forfait prévu (code de facturation **42251**), vous êtes alors aussi réputé atteindre les cibles, et ce, même si vous ne pouvez pas facturer le forfait pendant votre congé. De même, si les médecins de votre groupe n'atteignent pas les cibles, vous êtes alors considéré comme ne les atteignant pas non plus.

Ainsi, le médecin responsable de votre groupe de médecins doit remplir le formulaire [Avis d'absence d'un médecin faisant partie d'un groupe de médecins qui a atteint sa cible – Lettre d'entente n° 393](#) (4532) pour nous informer lorsque les 3 critères suivants sont respectés :

- vous êtes en congé de maternité, de paternité ou d'adoption ou en invalidité totale de plus de 13 semaines;
- vous vous prévaluez des modalités de la *Lettre d'entente n° 393*;
- votre groupe de médecins a atteint sa cible pour un trimestre donné.

Notez que, s'il y a lieu, vous devez nous informer officiellement de votre absence. Pour plus d'information, consultez, selon votre situation :

- la page [J'ai droit à un congé de maternité, de paternité ou d'adoption](#);
- la page [J'avise la RAMQ de mon invalidité](#).

1.3.7 Calcul du revenu trimestriel brut et rémunération différente

La [rémunération différente](#) (annexes XII et XII-A) s'applique aux montants versés selon la *Lettre d'entente n° 393*. De plus, ces montants sont exclus du calcul du revenu brut trimestriel.

1.4 Rapport de l'orchestrateur

Le **médecin responsable** doit consulter le *Rapport de disponibilité GAP pour inscrits de groupe* et s'assurer que vous respectez les cibles pour que vous puissiez facturer vos forfaits prévus à la *Lettre d'entente n° 393*.

Notez que le formulaire de demande de rapport ainsi que les rapports ne sont pas produits par nous et que nous ne sommes pas responsables des informations qu'ils contiennent. Par conséquent, le Centre de relations avec les professionnels n'est pas en mesure de répondre à vos questions à ce sujet. Ainsi, vous devez transmettre toute question relative aux rapports de l'orchestrateur à hub@petalmd.com.

2 Abolition des lettres d'entente n°s 368 à 377

Les lettres d'entente n°s 368 à 377 sont abolies rétroactivement au **31 mai 2024**. Consultez les [tableaux-synthèses](#) pour la liste des codes abolis.

De plus, les éléments de contexte suivants sont abolis :

- *Visite rendue ailleurs qu'en GMF-AR en suivi de la première visite effectuée en GMF-AR*;
- *Patient inscrit dans le cadre de la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille*.

Nous réévaluerons les services facturés depuis le 1^{er} juin 2024.

- Si vous avez facturé des codes abolis après le 31 mai 2024, les services seront refusés à l'état de compte du **11 octobre 2024** avec le message explicatif suivant :
1006 – Le code de facturation [numéro du code] n'existe pas dans les registres de la RAMQ en date du [date de service].
- Si vous avez utilisé l'élément de contexte *Patient inscrit dans le cadre de la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille* ou *Visite rendue ailleurs qu'en GMF-AR en suivi de la première visite effectuée en GMF-AR* après le 31 mai 2024, nous retirerons cet élément de contexte de votre facturation. Des ajustements pourraient paraître à un prochain état de compte avec le message explicatif suivant :
4667 – Votre facture a été révisée par la RAMQ pour correspondre aux dispositions de l'Amendement n° 204.