Régie de l'assurance maladie Québec

INFOLETTRE

www.ramq.gouv.qc.ca

065

À l'intention des médecins omnipraticiens
des médecins spécialistes

7 juin 2011

Rappel sur la facturation des services dispensés, sur la facturation de la Lettre d'entente n° 57 (omnipraticiens) et divers changements administratifs apportés aux manuels

Rémunération à l'acte seulement

La Régie souhaite vous rappeler qu'il est important que certaines données soient inscrites sur vos demandes de paiement afin d'accélérer leur traitement, particulièrement en ce qui a trait aux modificateurs, à l'inscription du code de diagnostic dans certaines situations, à l'indication de renseignements complémentaires et à la facturation de plusieurs services lors d'une même visite.

Nous tenons également à vous rappeler qu'il est essentiel de facturer les services rendus dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 57* concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans le local de certains organismes privés à but non lucratif (médecins omnipraticiens seulement) avec les numéros d'établissement spécifiques et inscrits à l'annexe I de cette lettre d'entente.

De plus, nous en profitons pour vous indiquer certains changements administratifs apportés à l'une ou l'autre de vos ententes notamment le retrait de plusieurs modificateurs multiples qui n'ont jamais ou très peu été utilisés depuis leur création. Vous retrouverez ces changements dans les parties I et II de la présente infolettre.

1. Rappel sur la facturation des services

FACTURATION

Lorsque des modificateurs et leurs multiples existent, vous devez les inscrire **dans la case *MOD*** afin d'accélérer le traitement de vos demandes de paiement et d'éviter des refus de paiement.

1.1 Modificateurs 093 et 094 et leurs multiples

Les modificateurs **093 et 094** et leurs multiples **servent à identifier les services rendus à des sites différents ou séances différentes**. Le médecin doit donc inscrire le modificateur dans la case *MOD* de la demande de paiement pour que les services rendus soient payés.

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
(MERCREDI DE 10 H 30 À 16 H 30)

À NOTER

La Régie ne tiendra plus compte de la présence des modificateurs **093** et **094** dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, sauf lorsqu'ils sont inclus dans le modificateur **099** ou le modificateur **062** (omnipraticiens seulement).

En l'absence du modificateur approprié dans la case *MOD*, les services seront automatiquement refusés.

1.2 Modificateurs multiples

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, vous devez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison appropriée figurant sous la rubrique *Modificateurs multiples* de l'annexe II de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Toutefois, en l'absence de modificateur multiple pour la combinaison en cause, vous devez inscrire le modificateur **099** ou le modificateur **062** (omnipraticiens seulement). Vous devez alors inscrire dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* les modificateurs réclamés constituant le modificateur **099** ou le modificateur **062** (omnipraticiens seulement).

La Régie refusera les services lorsque des modificateurs multiples, autres que les MOD **099** et **062,** sont disponibles pour les combinaisons de modificateurs facturés.

1.3 Inscription des codes de diagnostic

Il est recommandé d'inscrire le code de diagnostic numérique (à quatre positions) dans la case prévue à cette fin sur la demande de paiement lorsque l'avis sous le code d'acte le précise. L'inscription des codes de diagnostic numériques adéquats est recommandée lorsque cela est possible.

Voici un exemple tiré du manuel de facturation des spécialistes :

06946 Césarienne dans les cas complexes, supplément 100,00

> ***AVIS :*** *La facturation de l'acte **06946** requiert un des diagnostics apparaissant à l'annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case* CODE DU DIAGNOSTIC*.*

1.4 Renseignements complémentaires pertinents

Il est également important, lorsque requis, d'inscrire les renseignements complémentaires spécifiques décrivant la situation dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de la demande de paiement.

1.5 Facturation de plusieurs codes d'acte pour un même patient

Lorsque vous facturez plusieurs codes d'acte pour un même patient, vous devez utiliser toutes les lignes de service d'une même *Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200* avant d'utiliser une deuxième demande de paiement. Cela assure des paiements finaux plus rapides.

Toutefois, tout acte dont les honoraires sont de 1 000 $ ou plus doit figurer **seul sur une demande de paiement**.

2. Facturation de la Lettre d'entente n^{o} 57

◆ BROCHURE N^{O} 1 DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

La facturation des services rendus dans le cadre de la *Lettre d'entente n^{o} 57* n'est pas conforme aux règles de facturation établies. Nous constatons que les médecins utilisent le code de localité plutôt que les numéros d'établissement suivants :

- 56001 Centre de santé des femmes de la Mauricie
- 56002 Centre de santé des femmes de Montréal
- 56003 Clinique des femmes de l'Outaouais

Nous vous rappelons que vous devez utiliser les numéros d'établissement (**56001, 56002** et **56003**) spécifiques à cette lettre d'entente lors de la facturation des services rendus dans ces établissements. Il est à noter que le médecin peut facturer le supplément en cabinet (codes d'acte **06938** et **06939**) lorsqu'il facture avec l'un des numéros d'établissement ci-dessus.

3. Documents de référence

Partie I Changements administratifs apportés au *Manuel de facturation des médecins omnipraticiens* et à la *Brochure n^{o} 1*

Partie II Changements administratifs apportés au *Manuel de facturation des médecins spécialistes*, au *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)* et à la *Brochure n^{o} 1*

c. c. Agences de facturation
Développeurs de logiciels – Médecine

Partie I

Changements administratifs apportés au *Manuel de facturation des médecins omnipraticiens* et à la *Brochure n° 1*

Manuel de facturation des médecins omnipraticiens

1.1 Onglet *Rédaction de la demande de paiement*

1.1.1 Vérification de la carte (validité)

À l'article 4.2.1.4 de la section *La personne assurée ne peut présenter sa carte d'assurance maladie*, les paragraphes 1- b), c) et d) sont modifiés comme suit :

b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale si disponible dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, Système de codification des établissements :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.*

d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

1.1.2 Section Modificateurs multiples

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront retirés :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
015 – 045 – 094 – 127	918	1,4787
015 – 094 – 127	377	1,2022
028 – 050	217	0,5000
028 – 050 – 093	315	0,5000
028 – 050 – 105	316	0,2250
028 – 093	218	1,0000
028 – 093 – 094	220	1,0000
028 – 094 – 105	314	0,0045
028 – 094	219	1,0000
028 – 105	221	0,4500
028 – 116	317	1,0000
032 – 180	659	0,4000
045 – 094 – 106	373	0,5535
045 – 094 – 107	374	0,5535
045 – 094 – 125 – 179	902	0,5731
045 – 094 – 126 – 179	903	0,5731
045 – 094 – 151 – 179	904	0,9569
045 – 094 – 171	308	0,5731
045 – 094 – 171 – 179	905	0,5731
045 – 106	801	0,5535
045 – 107	802	0,5535
045 – 125 – 179	358	0,5731

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 126 – 179	359	0,5731
045 – 145 – 179	360	1,3530
045 – 151 – 179	361	0,9569
045 – 171 – 179	362	0,5731
045 – 177 – 179	363	0,5535
046 – 050 – 180	325	0,6150
046 – 050 – 093 – 180	910	0,6150
046 – 093 – 094 – 180	901	1,2300
046 – 093 – 180	347	1,2300
046 – 094 – 179 – 180	915	1,2300
046 – 179 – 180	370	1,2300
050 – 061	544	0,5000
050 – 096	545	0,2500
050 – 107	549	0,2250
050 – 125	266	0,2330
050 – 151	292	0,3890
050 – 171	222	0,2330
050 – 175	598	0,7300
093 – 094 – 175	328	1,4600
093 – 094 – 176	350	1,0000
093 – 094 – 177	353	0,4500
093 – 125	267	0,4660
093 – 126	271	0,4660
093 – 151	293	0,7780
093 – 171	223	0,4660

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
093 – 172	572	0,5000
093 – 177	636	0,4500
094 – 176 – 179	368	1,0000
094 – 179 – 180	371	1,0000
096 – 187	697	0,5000
107 – 187	692	0,4500
127 – 177	655	0,4680

À compter du 18 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront ajoutés :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 108 – 402	380	0,4875
403 – 415	816	0,8475

1.1.3 Annexe III – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

Le libellé de la lettre « **J** » est modifié comme suit :

J : Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.
Les situations d'exception sont les suivantes :

- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
- personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
- personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique.

1.2 Onglet *Q – Obstétrique*

L'avis administratif sous le premier paragraphe de l'article 8 – Honoraire global est modifié comme suit :

AVIS : *Veuillez utiliser le modificateur **094** ou un de ses multiples si l'examen a été effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes d'acte **06903, 06912, 06913, 06933** ou **06943** sont facturés.*

2. Brochure n° 1

2.1 Annexe XVIII – Mécanisme de dépannage

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **266, 267, 358** et **902** seront retirés de la liste des modificateurs du deuxième avis situé sous le paragraphe 2.01 – Dépannage dans une unité de soins de courte durée. L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Facturation du forfait : veuillez inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte **09777** dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le code d'établissement approprié : 0XXX2, 0XXX3 et 0XXX8;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*.*

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

*Pour la facturation des services rendus à **46,60 %** des honoraires, inscrire dans la section* Actes *de la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *le modificateur **125** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;*
- *les honoraires demandés en les calculant à **46,60 %** du tarif de base du service rendu (ou selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu).*

*Les multiples du modificateur **125** sont :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 094 – 125	305	0,5731
045 – 125	269	0,5731
094 – 125	268	0,4660
125 – 408	715	0,5265
125 – 409	724	0,5731

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **222, 223, 308, 362** et **905** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous le paragraphe 3.01 a) – Dépannage en obstétrique et en anesthésie. L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19044*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le code d'établissement spécifique (0XXX3);*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*
- *ne* ***rien*** *inscrire dans la case* UNITÉS*.*

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

Pour la facturation des services rendus à ***46,60 %*** *des honoraires, inscrire dans la section* Actes *de la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *le modificateur* ***171*** *ou un de ses multiples pour chaque service rendu;*
- *les honoraires demandés en les calculant à* ***46,60 %*** *du tarif de base du service rendu (ou selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu)*

Les multiples du modificateur ***171*** *sont :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 171	216	0,5731
094 – 171	215	0,4660

2.2 Entente particulière – Soins intensifs ou coronariens (nº 3)

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **353, 636** et **655** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous les paragraphes 5.05 b) et 5.06. Les avis sont remplacés par les suivants :

Paragraphe 5.05 b) :

AVIS : *Dans la section Actes d'une* Demande de paiement – Médecin nº 1200*, inscrire pour chaque service :*

- *le modificateur* ***177*** *ou un de ses multiples;*
- *les honoraires demandés en les calculant à* ***45 %*** *du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *le code d'établissement spécifique (****4XXX6****).*

*Les multiples du modificateur **177** sont :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

Paragraphe 5.06 :

AVIS : *Dans la section* Actes *d'une* Demande de paiement – Médecin n° 1200*, inscrire pour chaque service :*

- *le modificateur **177** ou un de ses multiples;*
- *les honoraires demandés en les calculant à **45 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*

*Les multiples du modificateur **177** sont :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 177	653	0,5535
045 – 094 – 177	354	0,5535
050 – 177	632	0,2250
094 – 177	637	0,4500

2.3 Entente particulière – Malades admis – CHSGS (n° 29)

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **271, 292** et **293** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous le paragraphe 4.02 (Régime B). L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Pour la facturation du forfait (Régime A ou Régime B) utiliser la* Demande de paiement - Médecin n° 1200 *en y inscrivant ces données dans les cases appropriées :*

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALA*DIE;*
- *le code d'acte **09778** (forfait régulier- Régime **A**), **ou 19018** (forfait régulier - Régime **B**) dans la case CODE de la section* Actes*;*
- *le code d'établissement spécifique (0XXX3);*
- *les honoraires, et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*
- *ne **rien** inscrire dans la case* UNITÉS*.*

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

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section Actes *de la* Demande de paiement - Médecin n° 1200*, en y inscrivant :*

- *le modificateur **126** (Régime **A**) **ou 151** (Régime **B**) ou un de leurs multiples pour chaque service rendu;*
- *les honoraires demandés en les calculant à **46,60 %** (Régime A) ou à **77,80 %** (Régime B) du tarif de base du service rendu ou selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu. Les multiples des modificateurs **126** et **151** sont les suivants :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 126	270	0,2330
094 – 126	272	0,4660
094 – 151	294	0,7780
108 – 126	554	0,6058

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **359, 361, 903** et **904** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous le sous-paragraphe 4.09.01. L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Pour la majoration de **23 %** du forfait **09778**, **19007**, **19018** ou **19019**, veuillez utiliser le modificateur **045**.*

Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général, veuillez utiliser les modificateurs multiples suivants :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
045 – 126	273	0,5731
045 – 151	295	0,9569
045 – 094 – 126	306	0,5731
045 – 094 – 151	312	0,9569

*Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général effectués dans une unité de soins intensifs ou coronariens ainsi que les forfaits (**09997** et **08896**) Régime A de l'*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens*, veuillez utiliser le modificateur multiple suivant :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
069 – 126	648	0,6058

2.4 Entente particulière – Clinique réseau (n^{o} 39)

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **350** et **368** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous le paragraphe 3.01 e). L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : ***Tous les médecins omnipraticiens qui exercent au sein d'une clinique réseau doivent respecter les modalités de facturation tant pour les activités sur rendez-vous que celles sans rendez-vous.***

Dans la section Actes *d'une* Demande de paiement – Médecin n° 1200*, inscrire pour chaque service rendu en* ***sans*** *rendez-vous de la clinique réseau :*

- *le modificateur* ***176*** *ou un de ses multiples;*
- *les honoraires demandés en les calculant à* ***100 %*** *du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *le code de la clinique réseau où les services* ***sans*** *rendez-vous ont été rendus.*

En dehors des périodes visées par les horaires défavorables, soit du lundi au vendredi de 8 h à 18 h et de 22 h à 24 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur ***176****, pour tous les sites, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
050 – 176	*633*	*0,5000*
093 – 176	*634*	*1,0000*
094 – 176	*635*	*1,0000*
176 – 179	*660*	*1,0000*

Du lundi au jeudi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur ***176****, pour tous les sites, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
094 – 176 – 410	*395*	*1,1300*
176 – 410	*859*	*1,1300*

*Le vendredi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur **176**, pour tous les sites, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
094 – 176 – 411	*396*	*1,2300*
176 – 411	*860*	*1,2300*

*Le samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h, les multiples du modificateur **176**, **pour les lieux physiques uniques**, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
050 – 176 – 412	*397*	*0,6500*
094 – 176 – 412	*398*	*1,3000*
176 – 179 – 412	*399*	*1,3000*
176 – 412	*861*	*1,3000*

*Le samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h, les multiples du modificateur **176**, pour **les sites autres que les lieux physiques uniques**, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
046 – 050 – 093 – 176	*909*	*0,6150*
046 – 050 – 176	*349*	*0,6150*
046 – 093 – 094 – 176	*900*	*1,2300*
046 – 093 – 176	*352*	*1,2300*
046 – 094 – 176	*351*	*1,2300*
046 – 094 – 176 – 179	*913*	*1,2300*
046 – 176	*652*	*1,2300*
046 – 176 – 179	*367*	*1,2300*

***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire**, veuillez utiliser le code d'activité* 076110 *Services cliniques **sans** rendez-vous exempts du plafond trimestriel (paragraphe 7.01). De plus, veuillez vous référer aux instructions de facturation de l'annexe XX (article 3.00 et paragraphe 4.01), lorsque les services sont rendus durant les horaires défavorables ou aux règles décrites ci-dessus lorsque vous devez facturer des forfaits de responsabilité ou suppléments uniquement payables à l'acte.*

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **325, 347, 370, 371, 659, 901, 910 et 915** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous le paragraphe 3.01 g). L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Tous les médecins omnipraticiens qui exercent au sein d'une clinique réseau doivent respecter les modalités de facturation tant pour les activités sur rendez-vous que celles sans rendez-vous.*

Dans la section Actes *d'une* Demande de paiement – Médecin n° 1200*, inscrire pour chaque service rendu **avec** rendez-vous dans chaque site de la clinique réseau :*

- *le modificateur **180** ou un de ses multiples;*
- *les honoraires demandés en les calculant à **100 %** du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *le code de la clinique réseau où les services **avec** rendez-vous ont été rendus.*

*En dehors des périodes visées par les horaires défavorables soit du lundi au vendredi de 8 h à 18 h et de 22 h à 24 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur **180**, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
050 – 180	*654*	*0,5000*
093 – 094 – 180	*322*	*1,0000*
093 – 180	*650*	*1,0000*
094 – 180	*651*	*1,0000*
179 – 180	*661*	*1,0000*

*Du lundi au jeudi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, le multiple du modificateur **180** est :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
180 – 410	*857*	*1,1300*

*Le vendredi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, le multiple du modificateur **180** est :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
180 – 411	*858*	*1,2300*

*Le samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h, les multiples du modificateur **180**, sont :*

Combinaison de modificateurs	*Utiliser le modificateur multiple*	*Constante (facteur de multiplication)*
046 – 094 – 180	*348*	*1,2300*
046 – 180	*649*	*1,2300*

***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire**, veuillez utiliser le code d'activité* **076111** *Services cliniques **avec** rendez-vous. De plus, veuillez vous référer aux instructions de facturation de l'annexe XX (article 3.00 et paragraphe 4.01), lorsque les services sont rendus dans les horaires défavorables ou aux règles décrites ci-dessus lorsque vous devez facturer des forfaits de responsabilité ou suppléments uniquement payables à l'acte.*

2.5 Entente particulière – Garde sur place – Certains établissements (n° 43)

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront retirés de la liste des modificateurs multiples de l'avis sous l'article 5.00 :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
028 – 105	221	0,4500
028 – 050 – 105	316	0,2250
028 – 094 – 105	314	0,4500
050 – 107	549	0,2250
107 – 187	692	0,4500

À compter du 18 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront ajoutés à la liste des modificateurs multiples de l'avis sous l'article 6.00 :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
050 – 108 – 402	380	0,4875
403 – 415	816	0,8475

2.6 Accord n° 518

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples **222**, **223**, **308, 362 et 905** seront retirés de la liste des modificateurs de l'avis sous l'article 1. b). L'avis est remplacé par le suivant :

AVIS : *Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19044*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le code d'établissement 01853;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*.*

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

Pour la facturation des services rendus à ***44 %*** *des honoraires, inscrire dans la section* Actes *de la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *:*

- *le modificateur* ***171*** *ou un de ses multiples pour chaque service rendu;*
- *les honoraires demandés en les calculant à* ***44 %*** *du tarif de base du service rendu (ou selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu).*

Les multiples du modificateur ***171*** *sont :*

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 – 171	215	0,4660
045 – 171	216	0,5731

Pour la facturation des frais de déplacement, se référer au Manuel de facturation des médecins omnipraticiens*, onglet* RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*, article 4.6.5 annexe V – Remboursement des frais de déplacement.*

Partie II

Changements administratifs apportés au *Manuel de facturation des médecins spécialistes*, au *Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)* et à la *Brochure n° 1*

Manuel de facturation des médecins spécialistes

1.1 Onglet *Rédaction de la demande de paiement*

1.1.1 Vérification de la carte (validité)

À l'article 3.2.1.4 de la section *La personne assurée ne peut présenter sa carte d'assurance maladie*, les paragraphes 1- b), c) et d) sont modifiés comme suit :

b) *La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :*

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale si disponible dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case *C.S.*

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, Système de codification des établissements :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case *C.S.*

d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, ne pas inscrire les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

1.1.2 Section Modificateurs multiples

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront retirés :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
017 – 134	526	2,2500
017 – 150	535	2,2500
017 – 178	640	2,5000
018 – 134	527	1,5300
018 – 150	536	1,5300
018 – 178	641	1,7000
019 – 134	528	1,5300
019 – 150	537	1,5300
019 – 178	642	1,7000
042 – 050	205	0,1000
050 – 093 – 173	319	0,6000
050 – 192	809	0,5000
093 – 172	572	0,5000
093 – 178	638	1,0000
093 – 181	668	1,3333
093 – 182	671	1,5000
093 – 183	674	1,3333
093 – 184	677	1,3333
093 – 185	680	1,7000
093 – 186	683	2,5000
093 – 189	660	1,0000
094 – 138	288	1,3333
094 – 139	289	1,3333

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
094 – 169	525	+ 127,80 $ (*)
094 – 189	661	1,0000
094 – 192	810	1,0000
109 – 134	529	1,5300
109 – 150	538	1,5300
109 – 178	643	1,7000
110 – 134	530	2,2500
110 – 150	539	2,2500
110 – 178	644	2,5000
111 – 134	531	1,5300
111 – 150	540	1,5300
111 – 178	645	1,7000
185 – 188	685	1,7000
186 – 188	686	2,5000

1.1.3 Annexe III – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

Le libellé de la lettre « **J** » est modifié comme suit :

J : Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont les suivantes :

- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
- personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
- personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients.

1.2 Onglet *Messages explicatifs*

Le message explicatif **224** est ajouté. Son libellé est :

224 : Conformément à la note sous la rubrique *Excision*, dans la section *Rein* de l'onglet *Urinaire*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **168**.

Brochure n^{o} 1 (Spécialiste)

1.3 Lettre d'entente n^{o} 151

À compter du 4 juin 2011, le modificateur multiple **319** sera retiré du tableau des modificateurs multiples de l'avis sous le paragraphe 7 ii) :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple
050 – 093 – 173	319

Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement (SLE)

1.4 Onglet *Rédaction de la demande de paiement*

1.4.1 Section Modificateurs multiples

À compter du 4 juin 2011, les modificateurs multiples suivants seront retirés :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteurs de multiplication)
017 – 093 – 144	335	3,7500
018 – 093 – 144	336	2,5500
019 – 093 – 144	337	2,5500
093 – 109 – 144	338	2,5500
093 – 110 – 144	339	3,7500
093 – 111 – 144	340	2,5500

1.4.2 Annexe II – Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification

Le libellé de la lettre « **J** » est modifié comme suit :

J : Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

Les situations d'exception sont les suivantes :

- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
- personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
- personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant un impact sur la santé publique. Cela inclut toute personne soumise à une surveillance médicale par Citoyenneté et Immigration Canada pour la tuberculose inactive ou d'autres conditions de même que toute personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire ainsi que les personnes en contact avec ces patients.