



Versement de forfaits et de primes en avril et mai 2012

Autres changements administratifs

La Régie procédera en avril 2012 aux versements du forfait annuel de prise en charge et de suivi de la clientèle vulnérable, de la prime de responsabilité, de la prime horaire de soutien aux services de première ligne en santé publique ainsi que de la prime de santé au travail pour le premier trimestre de 2012. Cette infolettre vous informe des dates de versement de ces différentes sommes.

De plus, la Régie versera en mai 2012 le forfait d'inscription générale de la clientèle pour l'année 2011.

L'information présentée dans cette infolettre est donc de nature à intéresser les médecins qui font l'inscription et le suivi de leur clientèle, sans égard à leur mode de rémunération. Elle touche également les médecins qui exercent à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un secteur qui prévoit le versement de primes.

Vous trouverez les changements administratifs aux points 5 et 6 de la présente infolettre.

1. Forfait annuel de prise en charge et de suivi de la clientèle vulnérable

Le versement du forfait annuel de prise en charge et de suivi de la clientèle vulnérable pour le premier trimestre de 2012 figurera à l'état de compte du **23 avril 2012**.

À NOTER

Les articles 10, 11 et 12 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, à la prise en charge et au suivi de la clientèle* mentionnent que les forfaits annuels ne sont plus versés lorsqu'un médecin cesse de pratiquer, interrompt ou modifie sa pratique pour plus de 13 semaines ou lorsqu'il est en congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité de plus de 13 semaines. Pour éviter le versement de forfaits durant une telle période et leur récupération subséquente, les médecins doivent aviser la Régie le plus tôt possible lorsqu'ils prévoient un tel changement, de façon à ce que la Régie suspende le versement des forfaits annuels durant l'interruption de leur pratique.

2. Versement des primes

◆ MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À TARIF HORAIRE OU À HONORAIRES FIXES

Le prochain versement trimestriel de la prime de responsabilité, de la prime horaire de soutien au service de première ligne en santé publique et de la prime de santé au travail figurera sur les états de compte du :

- **23 avril 2012** pour les médecins à tarif horaire;
- **20 avril 2012** pour les médecins à honoraires fixes.

3. Forfait d'inscription générale de la clientèle

Le versement des forfaits d'inscription générale de la clientèle pour l'année 2011 figurera à l'état de compte du **14 mai 2012**. Ce versement tient compte des visites effectuées par des patients auprès des IPS-SPL et des CIPS-SPL lorsque ces patients sont inscrits auprès des médecins partenaires ainsi que celles des médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes qui ont été enregistrées au registre des consultations depuis juillet 2011. Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, le versement des forfaits d'inscription générale pour l'année 2011 prend également compte des inscriptions effectuées ou considérées comme telles depuis le 1^{er} janvier 2009.

RAPPEL

Professionnels à honoraires fixes ou à tarif horaire hors GMF : Utilisation du registre des consultations

Dans le cadre de l'[Infolettre n° 110](#) du 6 juillet 2011, nous vous informons que l'enregistrement de vos examens ou consultations serait obligatoire pour bénéficier des forfaits annuels d'inscription générale à compter du 1^{er} janvier 2013. Les médecins **qui voudront d'ici là** utiliser l'application *Gestion des consultations* pour identifier les patients rencontrés peuvent le faire dès maintenant. En débutant dès maintenant, vous vous assurez qu'un patient vu en :

- 2012 sera actif pour les versements faits en 2014 et 2015 (années d'application 2013 et 2014).

Si les examens ou consultations pour ces patients ne sont pas indiqués dans le registre, la Régie ne pourra valider le caractère actif du patient aux fins du versement du forfait d'inscription générale au-delà de l'année d'application 2012.

Les IPS-SPL ou les CIPS-SPL dans les lieux permis par la *Lettre d'entente n° 229* doivent également utiliser cet outil depuis le 11 juillet 2011 tel qu'il a été indiqué dans l'[Infolettre n° 129](#) du 29 juillet 2011.

4. État de situation

Nous vous rappelons qu'il est possible pour les médecins de recevoir gratuitement, sur demande, un état de situation détaillant les forfaits ou les primes versés pour une période donnée. Votre demande doit préciser le type de forfait ou de prime ainsi que la période visée. Elle doit viser seulement des forfaits ou des primes déjà versés. Pour en faire la demande, veuillez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels à l'adresse suivante : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca.

5. Annulation du modificateur multiple 554

Depuis le 28 janvier 2012, le modificateur multiple 554 est annulé et retiré :

- du tableau des modificateurs multiples, à la page 42 de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel de facturation des médecins omnipraticiens* et
- du tableau de l'avis sous le paragraphe 4.02 (Régime B), à la page 29-2 de l'entente particulière – Malades admis.

Voici le modificateur multiple 554 :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
108 – 126	554	0,6058

À NOTER

Un médecin qui doit se rendre à l'urgence pendant qu'il est rémunéré en vertu de l'entente particulière – Malades admis doit continuer à prendre les pourcentages prévus à cette entente particulière.

6. Nouveaux messages explicatifs

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *MESSAGES EXPLICATIFS*

Le message explicatif 722 sera utilisé lorsque des demandes de paiement doivent être révisées à la suite de l'inscription du contrat de dépannage après la date de début de celui-ci, afin d'y apposer le code de pratique 30 qui exclura ces demandes du calcul du plafond trimestriel.

Le libellé de ce message se lit comme suit :

722 : Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour identifier les services dans le cadre du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'inscription de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'exclure les services du calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.

Le message explicatif 723 sera utilisé lorsque des demandes de paiement doivent être révisées à la suite de l'annulation d'un contrat de dépannage après la date de début de celui-ci, afin de retirer le code de pratique 30 pour inclure ces demandes dans le calcul du plafond trimestriel.

Le libellé de ce message se lit comme suit :

723 : Demande de paiement révisée par la Régie, sans impact monétaire, pour exclure les services du mécanisme de dépannage (article 30.00 de l'entente générale) à la suite de l'annulation de votre contrat après sa date de début. Cette mesure permet d'inclure les services dans le calcul du plafond trimestriel selon l'annexe IX.

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