



Modalités de compensation des frais de cabinet dans une clinique réseau

À la demande des médecins qui assurent la garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau (MOD 176), les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont accepté de prévoir une modalité d'application différente pour la compensation des frais de cabinet, laquelle tient compte de toute la clientèle sans distinction vue par un médecin qui assure une telle garde.

Pour ce qui est des médecins qui dispensent des services **sur rendez-vous** dans la clinique réseau (MOD 180), la modalité de compensation des frais de cabinet en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2011 demeure inchangée.

Pour permettre l'application conforme des deux modalités de compensation des frais de cabinet au sein d'une clinique réseau, nous vous présentons les changements qui en découlent.

1. Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N^o 1 → E.P. N^o 40

En regard de la compensation des frais de cabinet, le paragraphe 14.01 de cette entente particulière prévoit que le comité paritaire peut analyser une demande présentée par un médecin ou un groupe de médecins dont la pratique jugée essentielle n'est pas basée sur la prise en charge des patients au sens de la présente entente. Ainsi, le comité paritaire a reconnu que les médecins qui assurent la garde dans la partie dédiée au **sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau**, ouverte à la population générale, peuvent difficilement répondre au critère régulier de patients inscrits pour se prévaloir de la compensation des frais de cabinet.

En conséquence, **rétroactivement au 1^{er} novembre 2011**, un médecin qui effectue une telle garde, peut se prévaloir d'un des montants suivants sans que les patients vus soient inscrits à son nom ou celui des médecins de son groupe :

- 25 \$ pour des services rendus à au moins **dix (10) patients** (code 19928);
- 50 \$ pour des services rendus à **vingt (20) patients ou plus** (code 19929).

S'il advient, pendant une journée ou une demi-journée où il exerce dans la partie dédiée au sans rendez-vous de la clinique réseau, qu'il dispense des services à des patients inscrits, le critère ci-dessus énoncé demeure le même.

Depuis le 1^{er} novembre 2011, pour la garde effectuée dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau :

a) Un médecin qui **n'a pas réclamé** la compensation des frais de cabinet en raison de l'application du critère régulier de patients inscrits, peut dès maintenant réclamer le montant de 25 \$ (code **19928**) pour toute journée ou demi-journée où il a vu au moins dix (10) patients, ou le montant de 50 \$ (code **19929**) s'il a vu vingt (20) patients ou plus.

b) Un médecin **qui a réclamé** uniquement le montant de 25 \$ (code **19928**) pour une journée ou demi-journée où il a vu plus de six (6) patients inscrits, mais moins de douze (12) patients inscrits, pourra facturer un deuxième montant de 25 \$ (code **19928**) s'il a vu au total vingt (20) patients ou plus dans la partie sans rendez-vous.

FACTURATION

Dans l'un ou l'autre des cas, vous avez 90 jours à compter de la date de la présente infolettre pour facturer les codes d'acte **19928** ou **19929**.

En résumé, dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau, le médecin qui voit :

- plus de six (6) patients inscrits, mais moins de dix (10) patients inscrits ou non au total, **ne peut pas réclamer** le code **19928**;
- plus de douze (12) patients inscrits, mais moins de vingt (20) patients inscrits ou non au total, **ne peut pas réclamer** le code **19929**. Ce dernier doit réclamer le code **19928**.

Pour le médecin qui dispense des services dans la partie sur rendez-vous d'une clinique réseau (MOD **180**), le critère régulier (paragraphe 14.01 de l'entente particulière) s'applique, soit au moins six (6) patients inscrits pour un montant de 25 \$ (code 19928) ou douze (12) patients inscrits ou plus pour un montant de 50 \$ (code 19929).

Lorsque dans la même journée, un médecin exerce à la fois **sur** rendez-vous et dans la partie dédiée au **sans** rendez-vous, l'atteinte du seuil pour chaque secteur d'activité s'évalue **distinctement** en tenant compte du type de clientèle et du nombre minimum de patients requis pour chacun de ces secteurs **sans permettre le dépassement du maximum quotidien permis de 50 \$**. Le médecin doit réclamer les montants séparément, comme suit :

Demi-journée	Nombre de patients	Code d'acte	MOD
Sur rendez-vous	De 6 à moins de 12 patients inscrits	19928	180
Sans rendez-vous	De 10 à moins de 20 patients inscrits ou non	19928	176

Il est important de respecter ces instructions de facturation, car elles permettent à la Régie de déterminer les conditions d'admissibilité à la compensation des frais de cabinet s'appliquant à un médecin au cours d'une même journée et d'éviter des refus de paiement.

2. Entente particulière – Clinique réseau

◆ BROCHURE N° 1 → E.P. N° 39

À compter du **5 mai 2012**, les modificateurs multiples **349, 351, 352, 367, 652, 900, 909** et **913** seront abolis et par conséquent, les services réclamés avec l'un d'eux seront refusés. Il en sera de même pour les services réclamés avec le modificateur **176** et ses multiples s'ils sont utilisés ailleurs que dans le lieu physique unique d'une clinique réseau. Les modificateurs multiples abolis résultaient d'une combinaison avec le modificateur **176**, mais pour un site autre que le lieu physique unique où s'effectue le sans rendez-vous dédié de la clinique réseau tel que prévu au paragraphe 3.01 e) de l'entente particulière.

Par conséquent, veuillez tenir compte des présents changements pour la facturation des services.

L'avis sous le paragraphe 3.01 e) est modifié comme suit :

AVIS : *Veuillez prendre note que pour la facturation des modalités de compensation pour les frais de cabinet (code d'acte 19928 ou 19929), tous les médecins omnipraticiens qui assurent la garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, doivent inscrire le modificateur 176 sur leur demande de paiement, afin de réclamer ce montant.*

Tous les médecins omnipraticiens qui assurent la garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, doivent respecter les modalités de facturation suivantes :

Dans la section Actes d'une Demande de paiement – Médecin n° 1200, inscrire pour chaque service rendu dans le lieu physique unique pour le 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 du lieu physique unique 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 le lieu physique unique dédié au sans rendez-vous, sont :

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

Du lundi au jeudi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur 176, pour le lieu physique unique dédié au sans rendez-vous, sont :

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

Le vendredi de 18 h à 22 h sauf une journée fériée, les multiples du modificateur 176, pour le lieu physique unique dédié au sans rendez-vous, 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 le lieu physique unique dédié au sans rendez-vous, 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

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser le code d'activité **076110** pour les services cliniques rendus dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique, ceux-ci étant 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.

Lorsque les services sont rendus **sur rendez-vous** par un médecin qui exerce dans une clinique réseau donc ailleurs que dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique, le modificateur **180** ou l'un de ses multiples, doit être inscrit en regard des services réclamés tel que prévu au paragraphe 3.01 g).

L'avis sous le paragraphe 3.01 g) est modifié comme suit :

AVIS : Veuillez prendre note que pour la facturation des **modalités de compensation pour les frais de cabinet** (code d'acte **19928** ou **19929**), tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous dans une clinique réseau**, doivent inscrire le modificateur **180** sur leur demande de paiement, afin de réclamer ce montant.

Tous les médecins omnipraticiens qui exercent ailleurs que dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, doivent respecter les modalités de facturation suivantes :

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

- 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 du site de la clinique réseau où les services 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 :

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Utiliser le modificateur multiple</i>	<i>Constante (facteur de multiplication)</i>
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 :

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Utiliser le modificateur multiple</i>	<i>Constante (facteur de multiplication)</i>
180 – 410	857	1,1300

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

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Utiliser le modificateur multiple</i>	<i>Constante (facteur de multiplication)</i>
180 – 411	858	1,2300

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

<i>Combinaison de modificateurs</i>	<i>Utiliser le modificateur multiple</i>	<i>Constante (facteur de multiplication)</i>
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** pour les services cliniques rendus ailleurs que dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau. 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 NOTER

Les huit modificateurs multiples sont également retirés de la section *Modificateurs multiples* de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement* du *Manuel de facturation des omnipraticiens*.