

Modalités de compensation des frais de cabinet

À la demande des médecins qui assurent la garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous du lieu physique unique désigné 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. Par conséquent, ces modalités s'appliquent aussi aux médecins exerçant dans le cadre du Réseau de cliniques médicales de Drummondville.

Pour ce qui est des médecins qui dispensent des services **sur rendez-vous** dans le réseau de cliniques, 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 du réseau de cliniques, 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 exercent dans le cadre de la *Lettre d'entente n^o 217* et assurent la garde dans **la partie dédiée au sans rendez-vous du site visé à l'horaire quotidien déterminé par le 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 du réseau de cliniques, 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 site visé à l'horaire quotidien déterminé par le 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** seulement 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 vingt (20) patients ou plus au total 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** et **19929**.

En résumé, dans la partie dédiée au sans rendez-vous du site visé par l'horaire quotidien déterminé par le 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, 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	Aucun
Sans rendez-vous	De 10 à moins de 20 patients inscrits ou non	19928	176

Il est important de respecter les 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.

2. Modifications administratives à la *Lettre d'entente n° 217*

◆ BROCHURE N° 1

Veillez prendre note que les modifications en lien avec l'horaire hebdomadaire sont en vigueur **depuis le 25 janvier 2012**. Les modifications à l'avis sous le deuxième alinéa du paragraphe 1.01 concernant les frais de cabinet sont **rétroactives au 1^{er} novembre 2011**.

L'avis sous le troisième « considérant » est retiré de la lettre d'entente.

L'avis sous le premier alinéa du paragraphe 1.01 est modifié comme suit :

AVIS : *Horaires défavorables* :

Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

En semaine du lundi au vendredi entre 18 h et 22 h autre qu'un jour férié :

- *le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 19100 dans la case CODE de la section Actes;*
- *le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;*
- *les honoraires sur base horaire (voir le montant du forfait sous le paragraphe 4.01 de l'E.P. – Clinique réseau);*
- *le code de la clinique médicale ou du CLSC ayant été désigné par le Réseau des cliniques médicales de Drummondville pour dispenser les services sans rendez-vous à la population générale et dans laquelle vous avez assuré la garde, dans la case ÉTABLISSEMENT.*

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

Fin de semaine entre 8 h et 16 h et les jours fériés :

- *le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 19101 dans la case CODE de la section Actes;*
- *le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;*
- *les honoraires sur base horaire (voir le montant du forfait sous le paragraphe 4.01 de l'E.P. – Clinique réseau);*
- *le code de la clinique médicale ou du CLSC ayant été désigné par le Réseau des cliniques médicales de Drummondville pour dispenser les services sans rendez-vous à la population générale et dans laquelle vous avez assuré la garde, dans la case ÉTABLISSEMENT.*

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

L'avis sous le deuxième alinéa du paragraphe 1.01 est modifié comme suit :

AVIS : *Veillez prendre note que la facturation des modalités de compensation pour les frais de cabinet (code d'acte 19928 ou 19929), en regard des services rendus durant votre période de garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous, ouverte à la population générale une journée donnée, vous devez inscrire le modificateur 176 sur la demande de paiement, afin de réclamer ce montant.*

Vous ne devez pas utiliser le modificateur 176 si vous réclamer les frais de cabinet dans le cadre des services rendus sur rendez-vous.

Facturation des services médicaux :

Si vous travaillez dans le site visé par le sans rendez-vous et que vous rendez des services pendant une période de garde sans rendez-vous à la population générale, vous devez facturer les services avec le modificateur 176 ou ses multiples.

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

- le modificateur **176** ou un de ses multiples (voir les modificateurs multiples existants sous le paragraphe 3.01 e) de l'E.P. - Clinique-réseau);
- 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 médicale **ou du CLSC**.

Vous ne devez pas utiliser le modificateur 176 ou un de ses multiples si vous rendez des services dans une période de sans rendez-vous mais pour la clientèle du GMF, une journée où votre site n'est pas visé à l'horaire déterminé par le Réseau des cliniques médicales de Drummondville pour la clientèle générale.

L'avis sous le paragraphe 2.02 est modifié comme suit :

AVIS : Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19102** dans la case CODE de la section Actes;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de la clinique médicale **ou du CLSC** où les activités médico-administratives ont été effectuées dans la case ÉTABLISSEMENT;
- le forfait n'est pas divisible sur base horaire.

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

3. Modification à l'Entente particulière relative à une 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 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 selon l'horaire quotidien déterminé par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville.

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

L'avis sous le paragraphe 3.01 e) de l'Entente particulière relative à une clinique réseau 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 :

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 le lieu physique unique dédié au sans rendez-vous, 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 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.*

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*.