



## Modalités de compensation des frais de cabinet

À la demande des médecins qui pratiquent en groupe de médecine de famille (GMF), le comité paritaire a accepté de prévoir une modalité d'application différente pour la compensation des frais de cabinet en GMF qui tient compte du type de clientèle vue par un médecin qui exerce dans le cadre des services **sans rendez-vous**.

Pour ce qui est des médecins qui dispensent des services **sur rendez-vous** en GMF, la modalité de compensation des frais de cabinet en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011 demeure inchangée.

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

### 1. Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → E.P. N<sup>o</sup> 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 en GMF dans le cadre des services **sans rendez-vous** ne peuvent répondre au critère régulier de patients inscrits pour se prévaloir de la compensation des frais de cabinet.

En conséquence, **rétroactivement au 1<sup>er</sup> novembre 2011**, en dehors d'un lieu déjà visé par les mesures spécifiques pour l'urgence désignée d'une clinique réseau, un médecin en cabinet GMF qui dispense, pendant une journée ou une demi-journée, des services **sans rendez-vous** à des patients inscrits ou non, devra respecter les consignes suivantes pour se prévaloir de la compensation des frais de cabinet suivants. Pour ce faire, il devra utiliser le **modificateur 160** :

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

Pour les services dispensés dans la partie **sur rendez-vous** en cabinet GMF, le critère régulier 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**).

## FACTURATION

La Régie sera prête à recevoir la facturation des codes d'acte **19928 et 19929** avec le modificateur **160** à compter du **1<sup>er</sup> décembre 2012**. Vous avez **90 jours** à compter de cette date pour nous faire parvenir votre facturation.

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.

### 1.1 Services sans rendez-vous déjà réclamés entre le 1<sup>er</sup> novembre 2011 et le 30 novembre 2012

Les parties négociantes ont demandé à la Régie :

- De ne pas exiger que les médecins touchés révisent leur facturation pour des forfaits déjà réclamés pour ajouter le modificateur 160 lorsque requis;
- De ne pas réviser rétroactivement à la baisse la facturation déjà reçue lorsqu'un médecin dans le cadre des services sans rendez-vous a vu six (6) ou douze (12) patients inscrits ou plus sans en voir respectivement dix (10) ou vingt (20) dans sa journée.

### 1.2 Services sans rendez-vous pouvant être réclamés depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011

Le médecin doit analyser les situations suivantes dans le cadre des services **sans rendez-vous** en cabinet GMF afin de savoir s'il doit réclamer un montant ou non :

- 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 inscrits ou non, ou le montant de 50 \$ (code **19929**) s'il a vu vingt (20) patients ou plus inscrits ou non;
- 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 inscrits ou non dans la partie **sans rendez-vous**;
- Un 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**;
- Un médecin qui voit plus de douze (12) patients inscrits, mais moins de vingt (20) patients inscrits ou non au total, ne peut pas réclamer le code **19929**. Si ce n'est déjà fait, ce dernier doit réclamer le code **19928**.

### 1.3 Réclamation maximale de 50 \$ par jour

Lorsque dans la même journée, un médecin dispense à la fois des services **sur rendez-vous** et **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 \$**.

L'exemple suivant explique cette situation :

Services à la fois sur rendez-vous et sans rendez-vous

Journée ou demi-journée	Nombre de patients	Code d'acte	Modificateur
Sans rendez-vous	De 10 à moins de 20 patients inscrits ou non	19928	160
Sur rendez-vous	De 6 à moins de 12 patients inscrits	19928	Aucun

Voici d'autres exemples où le montant de 50 \$ peut être réclamé :

Services sans rendez-vous

Journée ou demi-journée	Nombre de patients	Code d'acte	Modificateur
Sans rendez-vous	20 patients ou plus inscrits ou non	19929	160

Services sur rendez-vous

Journée ou demi-journée	Nombre de patients	Code d'acte	Modificateur
Sur rendez-vous	12 patients ou plus inscrits	19929	Aucun

#### À NOTER

Si le cabinet GMF où vous exercez est également reconnu lieu physique unique d'une **clinique réseau** et que vous assurez la garde dans **la partie dédiée au sans rendez-vous**, vous devez continuer à utiliser le **modificateur 176** sur votre demande de paiement pour la réclamation du montant compensatoire des frais de cabinet.

Tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous** dans un cabinet GMF reconnu **clinique réseau** doivent inscrire le **modificateur 180** sur leur demande de paiement afin de réclamer le montant compensatoire des frais de cabinet.

---

### 3. Modifications administratives à l'entente particulière

---

◆ BROCHURE N° 1 → E.P. N° 40

---

Veillez prendre note que les modifications concernant les frais de cabinet sont rétroactives au 1<sup>er</sup> novembre 2011.

L'avis sous le 2<sup>e</sup> paragraphe de 14.01 c) est ajouté comme suit :

***AVIS :*** *En GMF, veuillez prendre note que pour réclamer les modalités de compensation des frais de cabinet (code d'acte 19928 ou 19929), tous les médecins omnipraticiens qui dispensent des services **sans rendez-vous** doivent inscrire le **modificateur 160** sur leur demande de paiement.*

*Vous ne devez pas inscrire le **modificateur 160** pour la réclamation des frais de cabinet dans le cadre des services rendus **sur rendez-vous** ni sur aucun autre service.*

*Toutefois, si le cabinet GMF où vous exercez est également reconnu lieu physique unique d'une clinique réseau et que vous assurez la garde dans **la partie dédiée au sans rendez-vous**, vous devez continuer à utiliser le **modificateur 176** sur votre demande de paiement pour la réclamation du montant compensatoire des frais de cabinet.*

*Tous les médecins omnipraticiens qui rendent des services **sur rendez-vous** dans un cabinet GMF reconnu clinique réseau doivent inscrire le **modificateur 180** sur leur demande de paiement afin de réclamer le montant compensatoire des frais de cabinet.*