



À l'intention des médecins omnipraticiens

Rappel – Instructions de facturation et changements administratifs

La Régie vous rappelle les instructions de facturation concernant le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence durant certaines périodes de la journée auprès d'un patient admis dans une unité de soins, un service ou un département visé par les articles 2.01, 2.02 et 2.03 de l'*Annexe XXII - Modalités spécifiques applicables dans certains milieux de pratique*.

De plus, nous vous informons d'ajouts et de modifications d'avis administratifs pour certaines visites effectuées auprès de patients vus en ambulatoire dans le cadre de cliniques externes désignées à l'annexe XXII, de la création d'un nouveau message explicatif et du retrait de modificateurs multiples.

1. Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Depuis le 1^{er} octobre 2013, un supplément d'honoraires est accordé pour le déplacement d'urgence auprès d'un patient admis dans un des établissements visés à l'annexe XXII, en fonction des situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général (P.G.). Ce supplément s'applique aux visites ou évaluations du secteur de pratique concerné donnant lieu au déplacement d'urgence pour les périodes de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Les codes d'acte pour le supplément d'honoraires sont :

- 15644, 15645 et 15646 – niveau A et 15653, 15654 et 15655 – niveau B (P.G., paragr. 2.2.6 D);
- 15623, 15624 et 15625 (P.G., paragr. 2.2.6 E);
- 15633, 15634 et 15635 (P.G., paragr. 2.2.6 F).

Lors de la facturation du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence, vous devez indiquer l'heure de début du déplacement dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de votre demande de paiement. Si **plusieurs déplacements d'urgence** sont effectués auprès d'un même patient ou d'un patient différent au cours d'une même période, c'est-à-dire que le médecin est appelé plus d'une fois et doit revenir à l'établissement, les heures des différents déplacements doivent aussi être inscrites sur les demandes de paiement concernées.

De plus, pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants **auprès d'un même patient ou d'un patient différent** au cours d'une même période :

- vous devez obligatoirement inscrire le modificateur **094** ou **un de ses multiples** pour la réclamation du supplément d'honoraires et pour les services réclamés, afin d'indiquer qu'il s'agit de séances différentes.

À NOTER

À défaut de se conformer aux instructions de facturation mentionnées ci-après, le médecin se verra refuser le paiement du supplément d'honoraires demandé, et ce, dès le 1^{er} mai 2014.

Il est donc important de suivre les instructions de facturation modifiées concernant ces actes qui se trouvent aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9) et 2.2.6 F 8) du préambule général :

AVIS : - *Inscrire le NAM de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- *Inscrire le modificateur 094 ou un de ses multiples pour la réclamation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services réclamés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur 094 ou un de ses multiples est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

À NOTER

Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif sans déplacement selon le lieu de dispensation concerné.

2. Avis administratifs modifiés

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL (PARAGRAPHES 2.2.6 D ET 2.2.6 F)

En application des dispositions de l'annexe XXII, certaines visites effectuées auprès de patients vus en ambulatoire dans le cadre de cliniques externes désignées, sont considérées rendues dans l'unité, le service ou le département visé à cette annexe.

2.1 Cliniques externes dans un CHSGS¹ (paragraphe 2.01 de l'annexe XXII)

Les cliniques externes ainsi désignées sont sous la responsabilité de :

- l'unité de courte durée gériatrique (paragr. 2.01 a) 3));
- le département de psychiatrie pour les soins physiques rendus (paragr. 2.01 a) 5) ou 2.01 b) 1));
- l'unité de soins palliatifs (paragr. 2.01 a) 6)).

Lors de la visite du patient vu en ambulatoire, la date correspondant à la date du rendez-vous doit être inscrite lors des visites suivantes :

- visite de suivi et visite de suivi subséquente, codes **15648** et **15649** (P.G., paragr. 2.2.6 D 2));
- visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion en soins de courte durée, code **15651** (P.G., paragr. 2.2.6 D 4));
- échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient, code **15652** (P.G., paragr. 2.2.6 D 5)).

En conséquence, l'avis administratif suivant est modifié sous les paragraphes 2.2.6 D 2) et 2.2.6 D 4) de la façon suivante :

AVIS : *Inscrire la date d'admission dans le cas d'un patient admis, ou la date du rendez-vous dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.01 – P.G. 2.2.6 D.*

¹ CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

De plus, l'avis administratif suivant est ajouté sous le paragraphe 2.2.6 D 5) :

AVIS : *Inscrire la date d'admission dans le cas d'un patient admis, ou la date du rendez-vous dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.01 – P.G. 2.2.6 D. Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

2.2 Cliniques externes dans un CHSP² ou dans un CHSLD³ (paragraphe 2.02 de l'annexe XXII)

Les cliniques externes désignées sont sous la responsabilité de :

- l'unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un institut ou d'un établissement relevant de la gestion d'un CHSP (paragr. 2.02 b) 1));
- l'unité d'hébergement et de soins de longue durée d'un institut ou d'un établissement relevant de la gestion d'un CHSLD (paragr. 2.02 c) 1)).

À titre de rappel, les visites suivantes peuvent être réclamées dans une des cliniques externes susmentionnées :

- visite de suivi exigeant un examen, code **15617** (P.G., paragr. 2.2.6 E 3));
- visite d'évaluation en vue de donner une opinion, code **15619** (P.G., paragr. 2.2.6 E 5));
- échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient, code **15620** (P.G., paragr. 2.2.6 E 6)).

2.3 Cliniques externes en toxicomanie dans un CHSGS ou dans un centre de réadaptation (paragraphe 2.03 de l'annexe XXII)

Les cliniques externes désignées sont sous la responsabilité de :

- l'unité de toxicomanie d'un CHSGS (paragr. 2.03 a) 1));
- les centres de réadaptation en déficience physique (paragr. 2.03 b) 1)), en déficience intellectuelle (paragraphe 2.03 b) 2)), en toxicomanie (paragr. 2.03 b) 3)) et les centres de protection de la jeunesse (paragr. 2.03 b) 4));
- l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) d'un CHSGS n'exploitant pas une unité de courte durée et qui n'opère pas un service d'urgence (paragr. 2.03 c) 1)).

La **date correspondant à la date du rendez-vous** doit être inscrite lors des visites suivantes :

- visite de suivi exigeant un examen, code **15628** (P.G., paragr. 2.2.6 F 3));
- visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, code **15630** (P.G., paragr. 2.2.6 F 5));
- échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient, code **15631** (P.G., paragr. 2.2.6 F 6)).

² CHSP : centre hospitalier de soins psychiatriques

³ CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée

En conséquence, l'avis administratif est modifié sous les paragraphes 2.2.6 F 3) et 2.2.6 F 5) de la façon suivante :

AVIS : *Inscrire **la date d'admission** dans le cas d'un patient admis, ou **la date du rendez-vous** dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.03 – P.G. 2.2.6 F.*

De plus, l'avis administratif suivant est ajouté sous le paragraphe 2.2.6 F 6) :

AVIS : *Inscrire **la date d'admission** dans le cas d'un patient admis, ou **la date du rendez-vous** dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.03 – P.G. 2.2.6 F. Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

3. Nouveau message explicatif

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET *MESSAGES EXPLICATIFS*

Le message explicatif suivant est créé :

395 Cet acte a été analysé par les parties négociantes et il ne sera pas négocié.

4. Modificateurs retirés – Erratum

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les modificateurs multiples suivants ont été publiés par erreur dans l'entente particulière – Garde sur place (n° 43) et sont retirés de l'avis sous l'article 5.00 – Modalités de rémunération spécifique au régime A :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
061 – 094	210	1,0000
061 – 094 – 108	313	1,3000
061 – 094 – 413	750	1,1300
061 – 094 – 414	751	1,2300
061 – 108	523	1,3000
061 – 413	872	1,1300
061 – 414	873	1,2300