



## Instructions pour la facturation et le calcul du nombre de patients inscrits auprès du médecin qui pratique à la fois au Québec et hors du Québec

La Régie constate que certains médecins pratiquant à la fois au Québec et hors du Québec s'interrogent sur le calcul de leur nombre de patients inscrits, à la suite de l'entrée en vigueur de l'*Amendement n° 151*.

Cette infolettre vous rappelle certaines particularités propres à la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC et vous donne des instructions quant au calcul du nombre de patients inscrits et à la tarification à utiliser selon votre situation.

### Nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC

Comme annoncé dans l'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016, depuis le **1<sup>er</sup> juin 2016**, une nouvelle nomenclature remplace les examens et les consultations pour le médecin rémunéré à l'acte qui rend des services en cabinet et à domicile, et pour celui rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC (paragr. 2.2.6 A du préambule général).

Le médecin pratiquant hors du Québec et admissible à être rémunéré dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec peut se prévaloir de cette nomenclature pour ses services rendus en cabinet.

La tarification associée à certains actes de cette nomenclature est, entre autres, modulée selon le nombre de patients inscrits auprès du médecin (moins de 500 patients ou 500 patients et plus). Ainsi, le médecin ayant 500 patients ou plus inscrits à son nom au premier jour du mois précédant un trimestre d'application, en tenant compte de tous ses lieux d'inscription, peut se prévaloir de la tarification bonifiée.

Dans ce cadre, si le minimum de 500 patients inscrits n'est pas atteint, le médecin doit facturer ses services au tarif régulier (non bonifié).

### Instructions transitoires pour le calcul du nombre de patients inscrits auprès du médecin

Lorsqu'un médecin pratique à la fois au Québec (1 XXXXX) et hors du Québec (6 XXXXX) dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, l'ensemble de ses patients inscrits sous ces numéros est considéré pour déterminer s'il a droit à la tarification régulière ou bonifiée.

Actuellement, les systèmes de la Régie n'additionnent pas les patients inscrits au nom d'un même médecin qui détient deux numéros de professionnel. De ce fait, le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification* du service en ligne *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* indique le nombre total de patients inscrits auprès d'un médecin pour chaque numéro de professionnel indépendamment.

Cette situation sera rectifiée **à compter du 22 juillet 2016**. À partir de cette date, le rapport *Nombre de patients inscrits pour la tarification* indiquera le nombre total de patients inscrits au nom du médecin en considérant les patients inscrits sous chacun de ses numéros de professionnel. Le même nombre de patients inscrits s'affichera sous chacun de ces numéros (1 XXXXX et 6 XXXXX).

D'ici le 22 juillet 2016, le médecin qui pratique sous deux numéros distincts doit lui-même additionner le nombre de patients inscrits sous chacun de ces numéros pour connaître son nombre total de patients inscrits. **À partir de ce nombre, il doit dès maintenant facturer ses services avec le code d'acte correspondant à sa situation** (tarif régulier ou bonifié).

La Régie vous invite à consulter l'[infolettre 057](#) du 30 mai 2016 pour toute l'information se rapportant à la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC.

### Facturation déjà transmise à la Régie

Le médecin exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec sous deux numéros de professionnel (1 XXXXX et 6 XXXXX) qui a déjà transmis de la facturation à la Régie peut se trouver dans les situations suivantes :

- Il a facturé le **tarif bonifié** avec un numéro pour lequel il a **au moins 500 patients inscrits** et a donc droit à ce tarif : la Régie a payé sa facturation.

**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le tarif bonifié avec son numéro 1 XXXXX.

- Il a facturé le **tarif bonifié** avec un numéro pour lequel il a **moins de 500 patients inscrits** et a droit à ce tarif à la suite de l'addition du nombre de patients inscrits sous chacun de ses numéros : la Régie a prépayé sa facturation et la situation sera régularisée à son état de compte par la suite.

**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le tarif bonifié avec son numéro 6 XXXXX.

- Il a facturé le **tarif régulier** avec un numéro de professionnel pour lequel il a **moins de 500 patients inscrits** et a droit au tarif bonifié à la suite de l'addition du nombre de patients inscrits sous chacun de ses numéros, et le service a été payé : la Régie révisera sa facturation afin de lui verser la différence entre le tarif régulier et le tarif bonifié.

**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX et il a facturé le tarif régulier avec son numéro 6 XXXXX.

Quelle que soit la situation, le médecin n'a pas d'action à poser.

---

### Communication avec un médecin spécialiste ou avec un autre professionnel de la santé

---

Le médecin exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec sous deux numéros de professionnel (1 XXXXX et 6 XXXXX) peut facturer ses communications en tenant compte du nombre total de ses patients inscrits à la suite de l'addition du total indiqué sous chacun de ses numéros.

Le médecin qui communique par téléphone avec un médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine familiale) ou avec un autre professionnel de la santé (à l'exclusion d'un médecin spécialiste ou omnipraticien) au sujet d'un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond aux conditions spécifiées (paragr. 2.2.6 A du préambule général).

Pour chaque trimestre, le médecin peut facturer le nombre maximal de forfaits établi en fonction de son nombre de patients inscrits au premier jour du mois précédant le trimestre d'application :

- 1 500 patients inscrits ou plus : **39** forfaits
- 1 000 patients inscrits ou plus, mais moins de 1 500 patients inscrits : **26** forfaits
- 500 patients inscrits ou plus, mais moins de 1 000 patients inscrits : **13** forfaits

Le code d'acte à utiliser pour facturer ce forfait diffère selon le nombre de patients inscrits et selon que la communication se déroule avec un médecin spécialiste ou avec un autre professionnel de la santé. Un tableau des communications, incluant les codes d'acte et les tarifs, est présenté à la [partie I](#) de l'infolettre.

Les tarifs de ces codes d'acte **ne varient pas** en fonction du nombre de patients inscrits.

Ce forfait peut être facturé par tout médecin appelé à prodiguer des soins à ce patient. Il n'est pas nécessaire que le patient soit inscrit auprès de ce médecin ni auprès d'un autre médecin.

## Facturation déjà transmise à la Régie

Le médecin exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec sous deux numéros de professionnel (1 XXXXX et 6 XXXXX) qui a déjà transmis de la facturation à la Régie peut se trouver dans les situations suivantes (voir la [partie I](#) de l'infolettre) :

- Il a facturé un code d'acte de communication pour lequel il a le **nombre requis** de patients inscrits : la Régie a payé sa facturation.  
**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le code d'acte **15841** avec son numéro 1 XXXXX.
- Il a facturé un code d'acte de communication pour lequel il **n'a pas le nombre requis** de patients inscrits, mais a droit à ce tarif à la suite de l'addition du nombre de patients inscrits sous chacun de ses numéros : la Régie a prépayé sa facturation et la situation sera régularisée à son état de compte par la suite.  
**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le code d'acte **15841** avec son numéro 6 XXXXX.
- Il a facturé un code d'acte de communication pour lequel il **n'a pas le nombre requis** de patients inscrits, mais a droit à ce tarif à la suite de l'addition du nombre de patients inscrits sous chacun de ses numéros, et la Régie a refusé sa facturation : la Régie révisera sa facturation.  
**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 200 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le code d'acte **15841** avec son numéro 6 XXXXX, ce qui lui a été refusé.
- Il a facturé un code d'acte de communication **selon son nombre de patients inscrits**, mais a droit à un code d'acte différent ainsi qu'à un maximum par trimestre différent à la suite de l'addition du nombre de patients inscrits sous chacun de ses numéros : la Régie révisera sa facturation et modifiera le code d'acte. Cette révision n'a pas d'effet sur le tarif payé.  
**Exemple** : Le médecin a 700 patients inscrits sous son numéro 1 XXXXX et 400 sous son numéro 6 XXXXX, et il a facturé le code d'acte **15841** avec son numéro 1 XXXXX : la Régie révisera sa facturation pour modifier le code d'acte **15841** par le **15842**, puisqu'au total, ce médecin a 1 100 patients inscrits.

Quelle que soit la situation, le médecin n'a pas d'action à poser.

---

## Document de référence

---

[Partie I](#) Tableau des communications



## Tableau des communications

| Communications   |  |       |
|--|--|-------|
| <b><u>AVIS</u></b> :   | <p><i>Pour la facturation d'une communication pour une personne assurée, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;</li> <li>- le code approprié dans la section Actes;</li> <li>- le numéro du lieu où la communication a été effectuée dans la section Établissement.</li> </ul> <p><i>Utiliser une ligne par communication.</i></p>  |       |
| <b><u>AVIS</u></b> :<br>(médecin qui utilise la nouvelle facturation à l'acte) | <p><i>Pour la facturation d'une communication pour une personne assurée, inscrire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;</li> <li>- le code de facturation approprié;</li> <li>- le numéro du lieu où la communication a été effectuée.</li> </ul> <p><i>Utiliser une ligne de facture par communication. Si plusieurs communications sont effectuées le même jour pour la même personne assurée, inscrire l'élément de contexte <b>Séance différente</b>.</i></p> |       |
| <b>Communication avec un médecin spécialiste</b>                               |  |       |
| 15841  | Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients  |       |
|  | En cabinet   | 28,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 21,05 |
| 15842  | Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients  |       |
|  | En cabinet   | 28,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 21,05 |
| 15843  | Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus   |       |
|  | En cabinet   | 28,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 21,05 |
| <b>Communication avec d'autres professionnels de la santé</b>                  |  |       |
| 15844  | Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients  |       |
|  | En cabinet   | 20,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 15,05 |
| 15845  | Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients  |       |
|  | En cabinet   | 20,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 15,05 |
| 15846  | Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus   |       |
|  | En cabinet   | 20,00 |
|  | En CLSC, en UMF-CH ou en UMF-CLSC  | 15,05 |