



## Compensation des frais de cabinet – Récupération à la suite de vérifications et changements administratifs

La Régie a procédé à la vérification après paiement de la compensation des frais de cabinet (codes **19928** et **19929**) pour la période comprise entre le **1<sup>er</sup> janvier 2014** et le **30 septembre 2015** selon les conditions énoncées à l'article 14.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (EP n° 40).

La vérification après paiement est effectuée par la Régie en respectant le délai de facturation prescrit et selon une fréquence déterminée. Elle se fait en fonction du nombre de patients vus ou du nombre de patients inscrits vus durant la journée selon les dispositions de l'entente particulière.

La présente vérification a permis d'identifier des situations de facturation non conformes en ce qui concerne le nombre de patients rencontrés quotidiennement par un médecin selon le lieu de pratique. Sur plus d'un million de services facturés du **1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 septembre 2015**, 3 % font l'objet d'une récupération. Selon les situations, le médecin visé pourra refacturer certains services (voir la section 2 de l'infolettre).

Les montants récupérés seront de :

- moins de 1 000 \$ pour 2 527 médecins;
- 1 000 \$ à moins de 2 000 \$ pour 244 médecins;
- 2 000 \$ à moins de 4 000 \$ pour 120 médecins;
- 4 000 \$ ou plus pour 20 médecins.

Les 20 médecins dont le montant à récupérer est de 4 000 \$ ou plus, ne verront aucun prélèvement à leur état de compte. Dans la semaine du 11 avril 2016, une lettre leur sera transmise expliquant les modalités de récupération.

Les autres médecins constateront une récupération sur l'état de compte du **8 avril 2016**.

Le message explicatif suivant paraîtra à l'état de compte :

**879** Vous ne rencontrez pas le nombre de patients requis dans la journée pour demander la compensation des frais de cabinet.

La vérification et la récupération pour les périodes subséquentes au 30 septembre 2015 sont effectuées sur une base mensuelle en tenant compte des délais de facturation.

## 1 Rappel sur les situations donnant lieu à la compensation des frais de cabinet

La compensation des frais de cabinet peut être demandé par le médecin qui dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou inscrits par des médecins de son groupe de pratique (paragraphe 6.02 D) de l'EP n° 40). À compter **du 1<sup>er</sup> janvier 2014**, un médecin peut comptabiliser plusieurs lieux de pratique dans la même journée pour facturer des frais de cabinet en lien avec sa pratique de prise en charge. Certaines situations d'exception autorisées par le comité paritaire selon des critères établis permettent également de bénéficier de cette mesure.

En tenant compte du lieu de pratique, la compensation des frais de cabinet peut être demandée quotidiennement dans les situations suivantes :

Code	Services rendus en GMF avec rendez-vous	Services rendus en GMF sans rendez-vous MOD 160	Services rendus en clinique réseau avec rendez-vous MOD 180	Services rendus en clinique réseau sans rendez-vous MOD 176	Services rendus en cabinet* autre que GMF ou clinique réseau
19928	6 à 11 patients inscrits	10 à 19 patients inscrits ou non	6 à 11 patients inscrits	10 à 19 patients inscrits ou non	6 à 11 patients inscrits
19929	12 patients ou plus inscrits	20 patients ou plus inscrits ou non	12 patients ou plus inscrits	20 patients ou plus inscrits ou non	12 patients ou plus inscrits

\* Incluant les services rendus à domicile dans le cadre de la pratique en cabinet

## 2 Refacturation

Vous devez vous assurer de rencontrer les conditions requises pour refacturer les frais de cabinet au cours d'une demi-journée ou d'une journée tel que précisé dans le tableau de la section 1.

Lorsque dans la même journée, un médecin dispense à la fois des services avec rendez-vous et sans rendez-vous, le minimum de patients requis pour chaque secteur d'activité est évalué distinctement. Toutefois, le montant maximum quotidien s'applique (62 \$ depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013).

Par exemple, si des frais de cabinet facturés avec le code **19929** ont été refusés pour les services sans rendez-vous en après-midi, vous avez les possibilités suivantes :

- refacturer avec le code **19928** pour les services sans rendez-vous si vous avez vu un minimum de 10 patients inscrits ou non en après-midi;
- facturer un second code **19928** pour des services dispensés à un minimum de 6 patients inscrits avec rendez-vous dans la même journée.

Vous devez aussi inscrire les modificateurs appropriés au nombre de patients vus avec rendez-vous ou sans rendez-vous en clinique réseau ou en GMF lors de la conciliation des forfaits refusés.

La Régie vous alloue **90 jours à compter de la date des états de compte où figureront les récupérations** pour refacturer les frais de cabinet si les exigences précisées à la section 1 sont rencontrées (ou selon votre situation autorisée par le comité paritaire). À la suite de la refacturation, une nouvelle vérification des frais de cabinet sera effectuée.

---

### 3 Respect des conditions établies et des instructions de facturation

---

Le médecin doit effectuer lui-même la conciliation des montants récupérés à l'état de compte du 8 avril 2016 avec les dates où une récupération est appliquée pour la compensation des frais de cabinet.

Le personnel du Centre d'assistance aux professionnels ne disposera d'aucune donnée sur les récupérations effectuées par médecin **et ne pourra pas** répondre à des questions concernant la conciliation des montants récupérés.

Des rapports concernant l'inscription de vos patients sont disponibles en tout temps dans l'application *Inscription de la clientèle des professionnels de la santé* des services en ligne de la Régie.

Veuillez vous assurer que votre personnel administratif ou votre agence de facturation se conforme aux conditions établies ainsi qu'aux instructions de facturation relatives aux frais de cabinet.

---

### 4 Changements administratifs

---

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *MESSAGES EXPLICATIFS*

---

Les messages explicatifs suivants sont créés :

- 450 Les dépenses reliées à votre véhicule personnel ne sont pas payables.
- 462 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transports.

Les messages explicatifs suivants sont modifiés comme suit :

- 428 Le kilométrage effectué avec la voiture louée n'est pas remboursable par la Régie.
- 707 Aucuns frais de déplacement n'étant acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 725 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- 728 Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte mais plutôt dans un autre mode de rémunération. La demande a été introduite dans le système de rémunération approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de compte.
- 795 Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 797 Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.

**912** Conformément à la *Lettre d'entente n° 245*, la prise en charge et le suivi du patient n'ont pas été maintenus pendant une période minimale de 12 mois suivant la date d'inscription, à la suite d'une de ces situations :

- 1) Le médecin a modifié, au plan géographique, son lieu de pratique;
- 2) Le médecin a modifié volontairement sa pratique;
- 3) Le médecin a pris sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou à une aggravation de son état de santé;
- 4) À la demande du coordonnateur médical ou du comité paritaire;
- 5) Pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité.