

Changements administratifs et modification aux instructions de facturation de l'intervention clinique

La Régie vous avise que, à la demande des parties négociantes, les instructions de facturation de l'intervention clinique individuelle ou collective prévue au paragraphe 2.2.6 B du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* sont modifiées à compter du **24 mai 2018**.

Pour les services rendus et inscrits à la section 1 ci-dessous, incluant l'intervention clinique, à compter du 24 mai 2018, seules l'heure de début et l'heure de fin doivent être inscrites sur la facture de services médicaux. La durée sera déterminée automatiquement par le système. Cette nouvelle modalité touche non seulement l'intervention clinique, mais aussi d'autres services qui nécessitent présentement d'inscrire l'heure de début, l'heure de fin ainsi que la durée. Les avis de facturation sont modifiés en conséquence.

Cependant, les services d'intervention clinique rendus du 1^{er} janvier au 23 mai 2018 doivent être facturés en inscrivant la durée, comme mentionné dans l'[infolettre 300](#) du 20 décembre 2017.

La présente infolettre vous rappelle également les modalités de facturation des interventions cliniques individuelles ou collectives successives. De plus, des modalités de facturation spécifiques s'appliquent pour :

- les services rendus avec le concours d'un résident par le médecin superviseur rémunéré autrement que selon le mode mixte en GMF-U en établissement ou dans un lieu de formation reconnu autre qu'un GMF-U en cabinet;
- l'intervention clinique effectuée avec ou sans le concours d'un résident par le médecin superviseur rémunéré selon le mode mixte en GMF-U en établissement ou par celui en GMF-U en cabinet.

Les changements administratifs apportés touchent le [Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte](#) et la [Brochure n° 1](#), disponibles sous l'onglet *Manuels* de la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

1 Changements administratifs

Les avis administratifs relatifs aux codes de facturation suivants sont modifiés : 08857 à 08861, 08866 à 08869, 08876, 09705, 09727, 09791, 09803, 09805, 09848, 09849, 09856 à 09867, 09994, 15865, 15866, 15873, 15874, 19022, 19043, 19056, 19058 à 19061, 19066, 19068 à 19070, 19078, 19087, 19088, 19099 à 19101, 19537, 19683, 19850 à 19858, 19893, 19894, 19953, 19994 à 19999 et 42096 à 42098.

Lors de la facturation des services rendus à compter du 24 mai 2018, le médecin doit inscrire uniquement l'heure de début et l'heure de fin. La durée sera déterminée automatiquement par le système.

2 Rémunération de l'intervention clinique individuelle ou collective

Pour que l'intervention clinique individuelle ou collective puisse être facturée, la séance doit durer un minimum de 25 minutes. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées, pourvu que la première période de la séance ne soit pas inférieure à 30 minutes.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la dernière période supplémentaire doit avoir une **durée minimale de 8 minutes** pour être rémunérée au tarif prévu pour une période complète de 15 minutes.

Lorsque la dernière période supplémentaire est d'au moins 8 minutes, une intervention clinique subséquente effectuée auprès d'un autre patient ne peut être facturée avant que le délai de 15 minutes de la dernière période supplémentaire de la précédente intervention ne soit écoulé. Dans certaines situations, des interventions simultanées peuvent être facturées (voir à la fin de la présente section).

Le tableau suivant illustre un exemple d'interventions cliniques successives. Les instructions de facturation sont expliquées par la suite.

Intervention clinique individuelle dans le cadre des activités en cabinet				
Patient	Période initiale code de facturation 08857		Périodes supplémentaires code de facturation 08859	
	Heure de début / heure de fin	Durée	Heure de début / heure de fin	Durée
1 ^{re} intervention clinique Patient A	10 h / 10 h 30	30 minutes	10 h 30 / 11 h 10	40 minutes
2 ^e intervention clinique Patient B	11 h 15* / 11 h 45	30 minutes	11 h 45 / 12 h 20**	35 minutes

* L'intervention auprès du patient B ne peut être facturée plus tôt en raison de l'heure de fin de l'intervention auprès du patient A.

** La période de 12 h 15 à 12 h 20 est non payable, car elle est inférieure à 8 minutes.

Instructions de facturation – Intervention clinique auprès du patient A

Dans l'exemple d'intervention clinique auprès du patient A, le médecin effectue une première intervention clinique de 10 h à 11 h 10, en cabinet. Il doit inscrire sur la facture de services médicaux :

- le code de facturation **08857** pour la première période de 30 minutes;
- l'heure de début, 10 h, et l'heure de fin, 10 h 30;
- le code de facturation **08859** pour l'ensemble des périodes supplémentaires;
- l'heure de début, 10 h 30, et l'heure de fin, 11 h 10.

Instructions de facturation – Intervention clinique auprès du patient B

Pour l'intervention clinique auprès du patient B de 11 h 15 à 12 h 20, en cabinet, le médecin doit inscrire sur la facture de services médicaux :

- le code de facturation **08857** pour la première période de 30 minutes;
- l'heure de début, 11 h 15, et l'heure de fin, 11 h 45;
- le code de facturation **08859** pour l'ensemble des périodes supplémentaires;
- l'heure de début, 11 h 45, et l'heure de fin, 12 h 20.

L'intervention clinique auprès du patient B ne peut débuter avant que les 15 minutes de la dernière période supplémentaire d'intervention auprès du patient A ne soient écoulées. La dernière période de l'intervention clinique auprès du patient A est payée jusqu'à 11 h 15; la deuxième intervention ne peut donc pas débuter avant 11 h 15, sinon elle sera refusée.

Puisque la dernière période de 12 h 15 à 12 h 20 est de moins de 8 minutes, le médecin est rémunéré jusqu'à 12 h 15 et le dernier 5 minutes n'est pas payé.

Services rendus avec le concours d'un résident lorsque rémunérés autrement que selon le mode mixte en GMF-U en établissement ou lorsque rendus dans un lieu de formation reconnu autre qu'un GMF-U en cabinet

Le médecin doit respecter les exigences énoncées au paragraphe 1.1.3 du préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* s'il facture des services rendus :

- avec le concours d'un résident dans un lieu de formation reconnu et rémunérés autrement que selon le mode mixte en GMF-U en établissement;
- dans un lieu de formation autre qu'un GMF-U en cabinet.

Lorsque la présence du médecin superviseur se limite à certaines phases de la prestation du service rendu avec le concours d'un résident, le médecin superviseur peut, simultanément, se prévaloir d'une intervention clinique pour un service qu'il a lui-même rendu à un autre patient. De même, en GMF-U en établissement, le médecin rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte qui choisit le mode de l'acte au sans rendez-vous du GMF-U peut, simultanément, se prévaloir de l'intervention clinique pour un service qu'il a lui-même rendu à un autre patient.

Dans pareille situation, sous réserve de la supervision en GMF-U (voir la section 3 de l'infolettre), il peut y avoir chevauchement partiel entre les deux interventions cliniques facturées par le médecin.

Lors de la facturation de l'intervention clinique effectuée avec le concours d'un résident, le médecin doit inscrire sur la facture de services médicaux :

- le numéro, attribué par le Collège des médecins du Québec, du résident qui a vu le patient pour lequel la rémunération est demandée au champ *Professionnel en référence* de la facture de services médicaux;
- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention clinique facturée.

3 Intervention clinique effectuée avec ou sans le concours d'un résident et facturée par le médecin superviseur rémunéré selon le mode mixte en GMF-U en établissement ou par celui en GMF-U en cabinet

Le médecin rémunéré selon le mode mixte en GMF-U en établissement ou par celui en GMF-U en cabinet qui, au cours d'une demi-journée, supervise un ou plusieurs résidents, peut choisir d'être rémunéré à l'acte plutôt que par l'intervention de supervision.

S'il choisit la rémunération à l'acte durant cette demi-journée, le médecin peut facturer les services qu'il a rendus à l'un de ses patients et également facturer les services effectués avec le concours d'un ou de plusieurs résidents qu'il supervise (voir le paragraphe 3.1 i) de la section B-2 de l'annexe I à l'annexe XXIII et le paragraphe 3.02 a) i) de la section III de l'EP 42 – Médecin enseignant dans la *Brochure n° 1*).

Lorsque le médecin facture une intervention clinique pour un patient qu'il a vu seul et que, par ailleurs, il facture, au cours de la même demi-journée, une intervention clinique pour un patient vu avec le concours d'un résident (limite d'un seul acte d'intervention clinique par demi-journée), les critères suivants doivent être respectés :

- la durée de l'intervention clinique effectuée auprès d'un patient avec le concours d'un résident doit être la même que celle que le médecin aurait lui-même facturée pour ce patient;
- **aucun chevauchement n'est possible**, au cours de la même demi-journée de supervision, entre les heures de début et de fin d'une intervention clinique effectuée pour un patient par le médecin sans le concours d'un résident et celles de l'intervention clinique effectuée auprès d'un patient différent avec le concours d'un résident.

Par exemple, l'intervention clinique du médecin superviseur auprès de son patient s'est déroulée de 8 h 30 à 9 h 30. Celle effectuée par le résident auprès d'un autre patient s'est déroulée de 9 h à 10 h. Le médecin qui facture une intervention clinique pour le patient vu par le résident doit respecter la durée que lui-même aurait prise pour cette intervention clinique et, en conformité avec les dispositions du paragraphe 2.2.6 B, la facturer sans chevauchement avec toute autre intervention clinique effectuée par lui-même auprès de ses patients durant la même demi-journée.

Dans cet exemple, le médecin superviseur **peut facturer** :

- l'intervention clinique auprès de son patient de 8 h 30 à 9 h 30;
- l'intervention clinique, sans chevauchement, pour la durée de sa présence possible avec le résident, soit de 9 h 30 ou de 9 h 35 à 10 h (25 ou 30 minutes).

Dans cette situation, le médecin doit utiliser le code de facturation pour la première période de 30 minutes d'intervention clinique et non pas le code de facturation pour la période de 15 minutes supplémentaires.

4 Intervention clinique à domicile

Le supplément pour le temps de déplacement lors d'une intervention clinique à domicile est accordé après les 10 premiers kilomètres du lieu de pratique en cabinet, en CLSC ou en GMF-U.

Lors d'interventions successives, après la première intervention clinique à domicile, le point de départ est réputé être celui du domicile où a eu lieu l'intervention précédente, et le supplément est aussi accordé pour le temps de déplacement. Ce supplément est accordé par période de 15 minutes complètes, jusqu'à un maximum de 45 minutes dans chaque direction, pour chaque intervention clinique.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, lorsqu'un déplacement doit être fait après une intervention clinique dont la dernière période supplémentaire est d'au moins 8 minutes, le supplément pour le temps de déplacement peut être facturé seulement lorsque les 15 minutes de cette dernière période sont écoulées.

Cette règle s'applique également au médecin qui doit se déplacer pour rendre des services par téléconsultation.

Le tableau suivant illustre un exemple d'interventions cliniques successives à domicile avec déplacement. Les instructions de facturation sont expliquées par la suite. Lors de la facturation du temps de déplacement, la durée doit tenir compte de l'exclusion du temps requis pour effectuer les 10 premiers kilomètres.

	Patient A	Patient B
	Domicile du patient A : à 12 km du point de départ Temps de déplacement : 15 minutes (départ à 8 h 45 et arrivée à 9 h) Durée de l'intervention clinique : 38 minutes, de 9 h à 9 h 38	Domicile du patient B : à 20 km du domicile du patient A Temps de déplacement : 30 minutes (départ à 9 h 40 et arrivée à 10 h 10) Durée de l'intervention clinique : 50 minutes, de 10 h 12 à 11 h 02
Temps de déplacement payé (par période de 15 minutes après les 10 premiers km)	Aucune période accordée Le minimum de 10 km est soustrait du kilométrage total de 12 km.	1 période de 15 minutes, de 9 h 45 à 10 h
Intervention clinique payée	Période initiale de 30 minutes : de 9 h à 9 h 30 Période supplémentaire de 15 minutes : de 9 h 30 à 9 h 45 La période supplémentaire, d'une durée réelle de 8 minutes, est payée puisqu'elle répond à la condition minimale de 8 minutes. Cependant , le supplément pour le temps de déplacement pour se rendre chez le patient B pourra être facturé seulement après les 15 minutes écoulées de cette dernière période supplémentaire.	Période initiale de 30 minutes : de 10 h 12 à 10 h 42 Période supplémentaire de 15 minutes : de 10 h 42 à 10 h 57 Les 5 dernières minutes (10 h 57 à 11 h 02) de l'intervention clinique ne donnent pas droit à une période supplémentaire, car la durée est inférieure à 8 minutes.

Instructions de facturation – Patient A

Pour la première intervention clinique, le médecin se rend au domicile du patient A, qui est à 12 km de son cabinet, ce qui lui prend 15 minutes. L'intervention clinique a une durée de 38 minutes. Le médecin doit inscrire sur la facture de services médicaux :

- le code de facturation **08857** pour la première période d'intervention clinique de 30 minutes;
- l'heure de début, 9 h, et l'heure de fin, 9 h 30;
- le code de facturation **08859** pour la période supplémentaire;
- l'heure de début, 9 h 30, et l'heure de fin, 9 h 38.

La dernière période de l'intervention clinique du patient A est payée jusqu'à 9 h 45.

Le médecin n'a pas droit au supplément pour le temps de déplacement puisque ce dernier est de 15 minutes et que le minimum de 10 km est soustrait du 12 km.

Instructions de facturation – Patient B

Pour sa deuxième intervention clinique, le médecin se rend au domicile du patient B, qui est à 20 km du domicile du patient A, ce qui lui prend 30 minutes. L'intervention clinique a une durée de 50 minutes. Le médecin doit inscrire sur la facture de services médicaux :

- le code de facturation **08861** pour le temps de déplacement;
- l'heure de début, 9 h 45, et l'heure de fin, 10 h 10.

Puisque la dernière période de l'intervention clinique du patient A a été payée jusqu'à 9 h 45, le temps de déplacement ne peut être facturé qu'à compter de 9 h 45. Une seule période de 15 minutes sera rémunérée, même si la durée totale inscrite pour le déplacement est de 25 minutes.

Le médecin doit aussi inscrire sur la facture de services médicaux :

- le code de facturation **08857** pour la première période de 30 minutes;
- l'heure de début, 10 h 12, et l'heure de fin, 10 h 42;
- le code de facturation **08859** pour l'ensemble des périodes supplémentaires;
- l'heure de début, 10 h 42, et l'heure de fin, 11 h 02.

L'intervention clinique se termine à 11 h 02. Les 5 dernières minutes, de 10 h 57 à 11 h 02, ne donnent pas droit à une période supplémentaire, car la durée est inférieure à 8 minutes. Le médecin est rémunéré jusqu'à 10 h 57 et les 5 dernières minutes ne sont pas payées.

Le médecin doit inscrire l'heure de début et l'heure de fin pour chaque déplacement effectué à compter du **24 mai 2018** entre les domiciles des patients, plutôt que la durée, et ce, en tenant compte de l'exclusion du temps requis pour effectuer les 10 premiers kilomètres. De plus, lors de la facturation du temps de déplacement au retour, le minimum de 10 km doit aussi être pris en compte.