



Facturation de l'intervention clinique en considérant le maximum de 180 minutes par jour

Nous nous assurons de la conformité de la facturation avec les dispositions prévues au paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Entente relatives au maximum de 180 minutes par jour pour les services d'intervention clinique effectués par un médecin. Nous comptabilisons ce maximum selon l'heure à laquelle chaque service est rendu.

Ainsi, **dès maintenant**, il est possible que vous constatiez des refus de paiement en raison de la non-conformité de votre facturation liée à ces dispositions de votre entente. Les refus seront accompagnés du message explicatif suivant :

2751 Conformément au paragraphe 2.2.6 B Intervention clinique du préambule général, le maximum est dépassé. Veuillez consulter le code de facturation en référence.

1 Interventions cliniques comptabilisées pour la durée quotidienne maximale

Les services suivants sont non divisibles. Si vous atteignez le maximum de 180 minutes au cours de la période pour laquelle vous facturez un de ces services, il sera refusé en totalité de même que toute autre intervention clinique facturée par la suite le même jour, sans égard au lieu de facturation.

- Intervention clinique individuelle, première période de 30 minutes en cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet et en CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08857**);
- Intervention clinique individuelle, première période de 30 minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08858**);
- Intervention clinique collective, première période de 30 minutes en cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet et en CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08866**);
- Intervention clinique collective, première période de 30 minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08867**);
- Intervention clinique individuelle, première période complète de 30 minutes selon la *Lettre d'entente n° 310* (code de facturation **15865**);
- Intervention clinique individuelle, première période complète de 30 minutes selon la *Lettre d'entente n° 310* (code de facturation **15873**).

Par exemple, si vous atteignez le maximum de 180 minutes alors que vous êtes dans la première période de 30 minutes de l'intervention clinique individuelle (code de facturation **08857**) et que, par la suite, vous poursuivez votre pratique pour une durée totale de 45 minutes (code de facturation **08859**), les deux services seront refusés en totalité.

Toutefois, si vous atteignez le maximum de 180 minutes, lorsque vous facturez les services suivants, seules les minutes excédentaires seront refusées, par tranche de 15 minutes :

- Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de 15 minutes en cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet et en CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08859**);
- Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de 15 minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08860**);
- Intervention clinique collective, période supplémentaire de 15 minutes en cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet et en CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08868**);
- Intervention clinique collective, période supplémentaire de 15 minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P. G. 2.2.9 A) (code de facturation **08869**);
- Intervention clinique individuelle, période de 15 minutes complètes supplémentaires selon la *Lettre d'entente n° 310* (code de facturation **15866**);
- Intervention clinique individuelle, période de 15 minutes complètes supplémentaires selon la *Lettre d'entente n° 310* (code de facturation **15874**).

Par exemple, si vous atteignez le maximum alors que vous êtes en période supplémentaire d'intervention clinique individuelle (code de facturation **08859**), deux options sont possibles :

- si toute la durée de la période est supérieure au maximum de la durée quotidienne maximale, la totalité des services sera refusée;
- les périodes ne dépassant pas la durée quotidienne maximale seront acceptées, tandis que celles qui l'excèdent seront refusées, par tranche de 15 minutes.

2 Interventions cliniques non comptabilisées pour la durée quotidienne maximale

Le paragraphe 2.2.6 B du préambule général prévoit que certaines interventions cliniques ne soient pas comptabilisées aux fins de la durée quotidienne maximale. S'il y a lieu, selon la situation, vous devez indiquer l'élément de contexte approprié pour que l'intervention clinique soit exclue du calcul de la durée quotidienne maximale :

- *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé mentale;*
- *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de toxicomanie;*
- *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé figurant à l'EP – Médecine de famille, prise en charge, suivi de la clientèle (par. 5.01);*
- *Intervention clinique effectuée auprès d'une clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC;*
- *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin;*

- *Intervention clinique effectuée auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin,*
- *Intervention clinique effectuée pour l'intubation d'un patient COVID positif durant sa garde.*

L'exclusion de ces interventions cliniques dans la comptabilisation du maximum de 180 minutes s'applique dans tout milieu, y compris ceux où il n'est pas possible d'inscrire une clientèle, comme dans une clinique externe, à l'urgence ou en CHSLD.

En ce qui concerne l'élément de contexte *Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé figurant à l'EP – Médecine de famille, prise en charge, suivi de la clientèle (par. 5.01)*, le patient n'a pas à être inscrit pour que vous puissiez indiquer cet élément de contexte. Il doit seulement répondre à l'une des conditions décrites au paragraphe 5.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (40)*.

Afin d'éviter un refus de paiement, vous avez 165 jours à compter de la date à laquelle le service a été fourni pour modifier votre facturation, s'il y a lieu.

Si vous modifiez une facture en lien avec une intervention clinique, nous procéderons à une réévaluation de toute autre intervention clinique facturée le même jour, et ce, même s'il s'agit d'une facture autre que celle qui a été refusée afin de tenir compte des dispositions décrites dans cette section.

Par exemple, si vous modifiez une ligne de facture pour y ajouter un élément de contexte qui exclut une intervention clinique de la durée quotidienne maximale, les interventions cliniques liées facturées le même jour seront réévaluées. Ainsi, après la réévaluation, si une intervention clinique qui excédait la durée quotidienne maximale est maintenant permise, elle sera payée.