

Précisions sur la facturation du forfait en horaires défavorables, le formulaire du niveau d'intervention médicale et le sans rendez-vous populationnel – Lettre d'entente n° 269

Nous vous précisons les modalités concernant la facturation du forfait en horaires défavorables dans une clinique d'évaluation (CDE), la facturation liée au formulaire du niveau d'intervention médicale et le sans rendez-vous populationnel dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269*.

1 Horaires défavorables

Si vous exercez dans une clinique d'évaluation (CDE) désignée à la *Lettre d'entente n° 269*, vous pouvez vous prévaloir du forfait en horaires défavorables selon les dispositions prévues au paragraphe 1.2 c) de cette lettre d'entente, soit du lundi au vendredi de 18 h à 24 h et en tout temps le samedi, le dimanche et les jours fériés (code de facturation **19683**).

La limitation prévue au paragraphe 3.1 b) ii) de cette lettre d'entente ne s'applique pas aux CDE et aux unités de soins intensifs.

Depuis le 6 juillet 2020, si vous avez facturé le forfait en horaires défavorables (code de facturation **19683**) entre 8 h et 18 h la fin de semaine et les jours fériés et qu'il vous a été refusé alors que vous exercez dans une CDE, vous devez soumettre une nouvelle facture en indiquant l'élément de contexte *Service rendu en clinique d'évaluation (CDE)*. Vous avez 120 jours à compter de la date de la présente infolettre pour facturer ce forfait. Il en est de même si vous n'avez pas encore transmis votre facturation et que vous avez rendu des services dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 269* dans une CDE durant les plages horaires décrites ci-dessus la fin de semaine et les jours fériés.

2 Formulaire du niveau d'intervention médicale

2.1 Programme de soutien à domicile en CLSC

Si vous exercez dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC et que vous facturez l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (code de facturation **15618**), vous devez indiquer l'un des éléments de contexte suivants, selon votre mode de rémunération.

Courriel, site Web et fils RSS	Téléphone	Heures d'ouverture
www.ramq.gouv.qc.ca/courriel	Québec 418 643-8210	Du lundi au vendredi,
www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels	Montréal 514 873-3480	de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
Abonnez-vous à nos fils RSS	Ailleurs au Québec 1 800 463-4776	(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

- En B3 : *Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs*

Lorsque vous êtes rémunéré au mode mixte, l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale est payable au pourcentage applicable aux services médicaux.

Médecin rémunéré à l'acte

- *Service rendu dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC (LE 269)*

Peu importe votre mode de rémunération, vous devez également indiquer l'élément de contexte ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***. Que le service soit rendu en présence du patient ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.

De plus, peu importe votre mode de rémunération, le lieu de dispensation est celui du CLSC dont relève votre nomination dans le cadre du programme de soutien à domicile.

Si, depuis le 4 août 2020, vous avez demandé une compensation pour l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale et que vous êtes rémunéré selon le mode mixte de l'annexe XXIII, vous avez 120 jours à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation en indiquant l'élément de contexte qui précise le secteur de pratique approprié. Il en est de même si vous n'aviez pas transmis votre facturation.

2.2 Résidence privée pour aînés ou ressource intermédiaire

Si vous exercez dans une résidence privée pour aînés (RPA) ou une ressource intermédiaire (RI) et que vous facturez l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (code de facturation 15618), vous devez indiquer l'un des éléments de contexte suivants, selon votre mode de rémunération.

Médecin rémunéré au mode de rémunération mixte

- pour B1 – en CLSC : *Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse,*
- pour B2 : *Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire.*

Lorsque vous êtes rémunéré au mode mixte, l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale est payable au pourcentage applicable aux services médicaux.

Médecin rémunéré à l'acte

- *Service rendu en résidence privée pour aînés (RPA) ou en ressource intermédiaire (RI)*

Vous devez également indiquer l'élément de contexte ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***. Que le service soit rendu en présence du patient ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.

Si, depuis le 4 août 2020, vous avez demandé une compensation pour l'acte relatif à la rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale, vous avez 120 jours à compter de la date de la présente infolettre pour modifier votre facturation en indiquant l'élément de contexte qui précise le secteur de pratique approprié. Si vous n'avez pas transmis votre facturation, vous devez la retenir jusqu'au 25 septembre 2020 inclusivement. Vous pouvez la transmettre à compter du 26 septembre 2020 en utilisant également l'élément de contexte *Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19*.

3 Sans rendez-vous populationnel

Si vous exercez en sans rendez-vous populationnel dans un GMF-R, un GMF-U ou un GMF cabinet désigné à la *Lettre d'entente n° 269* et que vous facturez le forfait horaire de cette lettre d'entente (code de facturation **19680**), vous devez remplir le registre des consultations. L'inscription des visites au registre permet de comptabiliser les patients vus aux fins de l'application de la disposition relative aux frais de cabinet de 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* (40) (codes de facturation **19928** et **19929**).

À partir de la date de la présente infolettre, vous devez remplir le registre des consultations lorsque vous facturez le forfait horaire de la *Lettre d'entente n° 269*. De plus, lorsque vous facturez des frais de cabinet dans le cadre de cette lettre d'entente (codes de facturation **19928** et **19929**), vous devez utiliser l'élément de contexte *Service rendu en sans rendez-vous populationnel (LE 269)*.

Pour plus d'informations, consultez la section 3.3 de l'[infolettre 133](#) publiée le 4 août 2020.