

COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Assistance aux professionnels
Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick 1 800 463-4776
Télécopieur
Québec (418) 646-8251
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 24 septembre 2001

À l'attention des médecins spécialistes en radiologie diagnostique

Nouvelles instructions concernant la facturation de certains services sur les formulaires « Demandes de paiement n° 1200 et n° 1606 »

Dans le communiqué 028 du 26 juin 2001 qui présentait les changements apportés par la Modification n° 26, nous vous avons listé des codes d'acte qui devaient être facturés sur le formulaire « *Demande de paiement – médecin* » n° 1200 à compter du 1^{er} juillet 2001. Les résultats de discussions qui ont été tenues entre votre fédération, votre association et le ministère nous conduisent à apporter des changements aux situations où l'utilisation du formulaire n° 1200 est requise. Vous trouverez ci-dessous de nouvelles instructions pour la facturation des codes d'acte visés et pour l'utilisation du formulaire requis soit la demande de paiement n° 1606 et n° 1200. Ces instructions de facturation entrent **en vigueur rétroactivement au 1^{er} juillet 2001**.

Facturation des services

Vous devez dès maintenant facturer les services rendus ainsi que ceux en attente depuis le 1^{er} juillet 2001, selon les nouvelles instructions (voir l'annexe I). **À compter du 1^{er} octobre 2001 la Régie refusera** tout service qui aura été facturé sur la mauvaise demande de paiement (n°1606 ou n° 1200 selon la situation).

Services déjà facturés

Aucune révision ne sera effectuée sur les services qui ont été facturés depuis le 1^{er} juillet 2001 et qui respectent les instructions de facturation fournies en juin dernier.

Nous profitons de l'envoi de ce communiqué pour apporter des précisions supplémentaires sur certains changements qui entraînent en vigueur le 1^{er} juillet 2001. Une analyse de la facturation reçue nous indique que plusieurs demandes de paiement visées par ces changements sont erronées et seront par le fait même annulées à compter d'octobre 2001. Ces précisions supplémentaires permettront de corriger votre facturation dès maintenant. Voyez le point B à la page 2.

A – INSTRUCTIONS CONCERNANT L'UTILISATION DES DEMANDES DE PAIEMENT

1. Codes d'acte à facturer sur le formulaire « *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte* » n° 1606.

Les codes d'acte listés au point 1 de l'annexe I doivent être facturés sur le formulaire n° 1606 **lorsque les services sont rendus en établissement**. Par contre, les services qui donnent droit à une majoration de 50 % du tarif prévu, **lorsqu'ils sont rendus à des patients de moins de 5 ans**, doivent être facturés sur la demande de paiement n° 1200. Vous devez demander la majoration de 50 % du tarif prévu en inscrivant le modificateur 066.

Aucune modification n'est apportée pour ces codes lorsque les services sont rendus **en laboratoire de radiologie diagnostique**. L'utilisation du formulaire « *Demande de paiement – médecin* » n° 1200 demeure requise.

2. Codes d'acte à facturer sur le formulaire « *Demande de paiement – médecin* » n° 1200.

Les codes d'acte 0004, 8061, 8181, 8243, 8245, 8246 et 8247 doivent être facturés **en tout temps sur le formulaire n° 1200**. Voyez le point 2 de l'Annexe I.

B – PRÉCISIONS CONCERNANT LA FACTURATION DE CERTAINS CODES D'ACTE AU 1^{ER} JUILLET 2001

1. **Nouveaux codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247** (Mesure de la densité osseuse : ostéodensitométrie radiologique DXA et PDXA).

Ces services ne sont payables que lorsqu'ils ont été pratiqués sur indications médicales précises. **Vous devez préciser ces indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire la lettre « A » dans la case C.S.** Le code de diagnostic (CIM-9), le diagnostic ou la condition requérant l'ostéodensitométrie peut être inscrit comme indications médicales.

2. **Nouveau code d'acte 8057** (Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie).

Tel que spécifié dans le libellé du code, une ostéodensitométrie radiologique DXA ou PDXA est pré-requise. Par conséquent, pour le paiement du code 8057, un des codes d'acte 8243, 8245, 8246 ou 8247 doit être facturé **pour le même patient**. **Afin de vous éviter des délais de paiement, nous vous demandons de facturer le code pré-requis sur la même demande de paiement n° 1200 que le code d'acte 8057 lorsque les deux services sont rendus le même jour par le même professionnel.**

De plus, pour être considéré comme pré-requis, la facturation des codes d'acte 8243, 8245, 8246 et 8247 doit être conforme (voyez le point 1 précédent pour les exigences de facturation) et ceux-ci doivent être payables.

3. **Nouveaux codes d'acte 8103, 8104, 8105, 8129, 8130 et 8131** (Clichés supplémentaires dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS))

Référence pages V-17 à V-19 du Manuel – Régime d'assurance maladie (MAJ 55/juin 2001).

Dans le cadre de ce programme vous devez facturer le bon code d'acte selon la catégorie d'âge de la patiente.

Les codes d'acte 8103, 8104 et 8105 concernent les clichés supplémentaires de mammographies faites dans le cadre **du dépistage systématique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.**

Les codes d'acte 8129, 8130 et 8131 concernent les clichés supplémentaires de mammographies faites dans le cadre **du dépistage sélectif pour les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de 70 ans ou plus.**

De plus, les **codes 8081 et 8138** concernant le supplément payable en cabinet privé **doivent être facturés en rôle 7.** Le rôle 1 est inexistant pour ces codes.

Vous trouverez à l'Annexe II une présentation de tous les codes d'acte reliés au PQDCS.

Note : Ce communiqué est disponible dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. : ANNEXE I
ANNEXE II

c. c. Développeurs de logiciels de facturation
Agences de facturation - médecine

ANNEXE I

1. Codes d'acte à facturer sur le formulaire « *Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte* » n° 1606 lorsque les services sont rendus en établissement

CODE D'ACTE	CODE D'ACTE	CODE D'ACTE
8004 *	8006	8007 *
8008 *	8025 *	8027 *
8055	8056	8057
8058	8076	8096 *
8097 *	8098 *	8102 *
8109 *	8111 *	8112 *
8114 *	8116 *	8119 *
8121 *	8132 *	8133 *
8149 *	8151 *	8154 *
8156 *	8157 *	8158 *
8159 *	8160 *	8161 *
8162 *	8163 *	8164 *
8165 *	8166 *	8171 *
8179 *	8180 *	8182 *
8186 *	8187 *	8189 *
8190 *	8191 *	8192
8193	8197	8198 *
8201 *	8202 *	8214 *
8232	8240	8242
8270 *	8271 *	8272 *
8273 *		

* Ces services médicaux sont rémunérés à 150 % du tarif prévu, lorsque le service est dispensé à un patient **de moins de 5 ans**. Dans ce cas, vous devez utiliser le formulaire « **Demande de paiement – médecin** » n° 1200 et inscrire le modificateur 066 pour réclamer cette majoration.

IMPORTANT

Lorsque les services sont rendus en **laboratoire de radiologie diagnostique**, peu importe l'âge du patient, les codes d'acte ci-dessus doivent être facturés, en tout temps, sur la **demande de paiement n° 1200**.

2. Codes d'acte à facturer sur le formulaire « Demande de paiement – médecin » n° 1200 en tout temps peu importe le lieu de dispensation des services.

CODE D'ACTE	CODE D'ACTE	CODE D'ACTE
0004	8061 *	8181 *
8243	8245	8246
8247		

* Lettre d'entente n° 61 concernant la tarification de certains services en radiologie.

ANNEXE II

CODES D'ACTE RELIÉS AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) (Référence : Lettre d'entente n° 107)

1. Mammographie diagnostique effectuée dans une région où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est mis en place

Codes d'acte 8048, 8049, 8070 et 8071

Dès qu'une région est désignée toutes les mammographies diagnostiques doivent être obligatoirement facturées en utilisant ces codes.

2. Dépistage systématique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans

⇒ Mammographie

Codes d'acte 8078 et 8079

La mammographie est payable uniquement si elle est effectuée en centre de dépistage désigné (CDD).

Important : Une seule mammographie de dépistage par période de deux ans est payable dans le cadre du PQDCS.

Code 8081

Si le CDD est un cabinet privé le supplément payable doit être facturé en utilisant le code 8081, en rôle 7.

⇒ Clichés supplémentaires

Codes d'acte 8103, 8104 et 8105

Les clichés supplémentaires sont payables s'ils sont effectués dans un centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID).

3. Dépistage sélectif pour les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de 70 ans ou plus

⇒ Mammographie

Codes d'acte 8134 et 8135

La mammographie est payable uniquement si elle est effectuée en centre de dépistage désigné (CDD).

Important : Une seule mammographie de dépistage par période de deux ans est payable dans le cadre du PQDCS.

Code 8138

Si le CDD est un cabinet privé le supplément payable doit être facturé en utilisant le code 8081, en rôle 7.

⇒ Clichés supplémentaires
Codes d'acte 8129, 8130 et 8131

Les clichés supplémentaires sont payables s'ils sont effectués dans un centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID).

4. Examen de révision suite à une mammographie de dépistage ¹
Code d'acte 8144

Cet examen est payable uniquement s'il est effectué en centre de référence pour investigation désigné (CRID) et par un radiologiste qui n'a pas facturé l'examen de dépistage pour cette patiente, soit le code d'acte : 8078, 8079, 8134 ou 8135.

¹ Dépistage systématique pour les femmes âgées de 50 à 69 ans et dépistage sélectif pour les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de 70 ans ou plus.

5. Radiographie d'une pièce biopsique
Code d'acte 8099

Dès qu'une région est désignée, la radiographie d'une pièce biopsique doit être facturée avec ce code.

Référence : Manuel - Régime d'assurance maladie (MAJ 55/juin 2001), onglet V - Radiologie diagnostique, pages V-17 à V-19.
Manuel - Régime d'assurance hospitalisation (MAJ 34-a/juin 2001), onglet H - Radiologie diagnostique, pages H-16 à H-18.

IMPORTANT :

Vous trouverez la liste des centres de dépistage désignés (CDD) et des centres de référence pour investigation désignés (CRID) dans le site Internet de la RAMQ à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca en cliquant sur les rubriques : Services offerts aux professionnels de la santé; Établissements du réseau de la santé et finalement sur Mammographie de dépistage.