



www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone

Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur

Québec (418) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 16 novembre 2005

À l'attention des médecins spécialistes

ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES DANS LA FACTURATION À L'ACTE :

pour éviter des refus de paiement

Voici, tel qu'annoncé dans le communiqué 046 du 15 août 2005, des renseignements sur des erreurs de facturation fréquemment observées. Vous pouvez consulter ce communiqué à l'adresse Internet suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/comm/2005/com046-5.pdf>.

Quelques unes des erreurs les plus fréquentes sont jointes en [Partie II](#) du présent communiqué. Le texte décrit chaque erreur de facturation et indique avec quel message explicatif un service incorrectement facturé sera dorénavant refusé. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à être très vigilant afin de vous éviter des refus de paiement.

Nous vous prions également de noter que :

- Les demandes de paiement ne respectant pas les modalités de facturation ou certaines dispositions prévues à votre entente seront refusées.
- Les refus décrits dans le présent communiqué s'appliqueront progressivement à compter du **4 novembre 2005** sur l'état de compte.
- Lorsque les services sont refusés en totalité, vous devez, le cas échéant, **les refactorer** en corrigeant les erreurs. Toute demande de révision sera refusée, la refacturation étant la seule voie possible dans ce cas-ci.
- Les médecins dont les services en erreur impliquent une somme importante recevront une lettre personnalisée faisant le point sur leur situation.

D'autres erreurs fréquentes feront l'objet d'un traitement similaire; les détails suivront dans un prochain communiqué.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à cette information.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Partie II - Erreurs les plus fréquentes

c. c. Agences commerciales de traitement des données - Médecine

ERREURS LES PLUS FRÉQUENTES

(spécialistes)

1 – Facturation répétée d'un même service

Lorsqu'un service est facturé sur plus d'une demande de paiement par un médecin pour la même personne assurée, que les données sont identiques (mêmes date de service, code d'acte et rôle, etc.) et que les modalités de facturation s'appliquant à cette situation ne sont pas respectées, une erreur de double facturation est identifiée en regard de la **deuxième demande et de toutes demandes subséquentes reçues** pour ce service.

Critères d'application :

Dans le cas où un même service (code d'acte) est répété plus d'une fois au cours de la **même séance** et que la facturation requiert l'utilisation de plus d'une demande de paiement, la considération spéciale (CS) identifiant une suite de traitement (même code d'acte) «**CS = Q**» **doit être inscrite sur la deuxième demande de paiement et sur toute demande subséquente.**

De plus, si le même service (code d'acte) est répété plus d'une fois au cours de la **même journée**, le **MOD = 094** ou l'un de ses multiples, doit être **inscrit sur la deuxième ligne et sur toute autre ligne** utilisée pour la facturation de ce même code d'acte. Si plus d'une demande de paiement est nécessaire pour la facturation du même code d'acte, le **MOD = 094** ou l'un de ses multiples ainsi que la **CS = Q**, doivent être inscrits sur la deuxième demande de paiement et sur toute demande subséquente.

La CS = Q ne doit jamais être inscrite sur la première demande de paiement utilisée pour facturer la suite de traitement (même code d'acte) à la même séance ou le même jour.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le message explicatif 415.

Veillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, article 3.2.7.1, section 7 » pour des exemples de facturation.

2 – Procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples ou chirurgies multiples effectués à la même séance et demandés à plein tarif

Si **plusieurs** procédés diagnostiques et thérapeutiques sont exécutés au cours de la **même séance** par le médecin, seul le procédé dont le tarif est le plus élevé est payable à 100 %. Les **autres procédés sont payables à demi-tarif** et doivent être **facturés avec le MOD = 050** ou l'un de ses multiples.

Pour les chirurgies multiples pratiquées au cours de la **même séance** par le médecin, seule la chirurgie dont le tarif est le plus élevé est payable à 100 %. Les **autres chirurgies sont payables à demi-tarif** et doivent être **facturées avec le MOD = 050** ou l'un de ses multiples.

Font notamment exception à cette règle :

- les chirurgies dont la nomenclature comprend la mention « additionnel » ou « supplément » sont payées à plein tarif ;
- des dispositions spécifiques de l'entente s'appliquent pour certaines spécialités ou pour certaines chirurgies et prévoient un paiement différent du demi-tarif pour les chirurgies multiples réalisées au cours de la même séance.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le message explicatif 509 s'il s'agit d'un procédé diagnostique ou thérapeutique ou le message explicatif 517 pour une chirurgie. Toute nouvelle demande de paiement qui nous parviendra et qui ne se conformera pas aux présentes instructions sera refusée.

CEPENDANT, pour les demandes de paiement accumulées et reçues à ce jour et qui sont en erreur, la RAMQ procédera à une correction massive selon les dispositions de l'Entente. Les résultats de cette correction paraîtront sur les prochains états de compte.

Veillez vous référer à l'onglet «Préambule général, règle 8» ou à l'onglet «Chirurgie, règle 8», pour connaître les dispositions et les conditions d'application conformes du modificateur 050 (demi-tarif).

3 - Utilisation erronée d'un modificateur d'urgence

(Les modalités suivantes ne s'appliquent pas aux services facturés selon les dispositions de l'Annexe 38 – Rémunération mixte relativement aux modificateurs d'urgence.)

Des majorations s'appliquent sur les honoraires des services rendus par un médecin spécialiste appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde (MOD = 017, MOD = 018, MOD = 019 ou l'un de leurs multiples).

Les spécialités suivantes sont toutefois visées par des majorations différentes et, par conséquent, des modificateurs d'urgence différents :

- anesthésiologie, chirurgie générale, chirurgie plastique, médecine nucléaire, médecine interne, neurologie, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie et pédiatrie.

Lorsque la situation d'urgence identifiée au sens de l'Entente s'applique, le médecin, classé dans une de ces disciplines, doit facturer l'ensemble de ses services avec l'un des modificateurs spécifiques à sa spécialité et non avec l'un des modificateurs généraux d'urgence que sont les MOD = 017, MOD = 018 ou MOD = 019 ou l'un de leurs multiples.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le message explicatif 274.

Veillez vous référer au manuel «Régime d'assurance maladie» à l'onglet «Préambule général, règles 14.3 (anesthésiologie), 14.6 (chirurgie plastique, médecine interne, ophtalmologie, neurologie et obstétrique-gynécologie), 14.7 (pédiatrie) et 14.8 (chirurgie générale)» ainsi qu'à l'onglet «Rédaction de la demande de paiement, article 3.2.6.5 section 6)».

Pour la médecine nucléaire, vous référer au manuel «Services de laboratoire en établissement» à l'onglet «Préambule général, règle 4.2» ainsi qu'à l'onglet «Rédaction de la demande de paiement à l'acte, Annexe I – Liste des modificateurs».

IMPORTANT

Après discussion et autorisation des parties négociantes, nous vous demandons de vous conformer aux présentes instructions de facturation et non à celles transmises dans le [communiqué 114 du 18 mars 2005](#). Toute nouvelle demande de paiement qui nous parviendra et qui ne se conformera pas aux présentes instructions sera refusée.

CEPENDANT, pour les demandes de paiement accumulées et reçues à ce jour et qui sont en erreur, la RAMQ procédera à une correction massive selon les dispositions de l'Entente. Les résultats de cette correction paraîtront sur les prochains états de compte.

4 – Modificateur 099 inscrit sur la demande de paiement au lieu du modificateur multiple applicable pour le service facturé

Dans plusieurs circonstances, plus d'un modificateur doit être inscrit pour identifier les conditions dans lesquelles un service a été rendu. **L'inscription du modificateur 099** sur la ligne de l'acte et l'énumération des modificateurs demandés dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, doivent être **utilisées seulement s'il n'existe aucun modificateur multiple correspondant à la combinaison des modificateurs utilisés pour la facturation du service**. Si une valeur existe pour la combinaison de modificateurs requis, c'est le modificateur multiple spécifique à la situation qui doit être inscrit dans la case MOD de la ligne de service.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le **message explicatif 582**.

Veillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, Annexe II – Liste des modificateurs » pour connaître les instructions de facturation spécifiques au modificateur 099 ainsi que la liste des modificateurs multiples existants.

5 – Rôle 2 ou 3 demandé pour un service par un médecin spécialiste autre qu'un anesthésiologiste

Depuis le 1^{er} décembre 2003, les codes d'acte demandés en rôle 2 ou 3 sont acceptés uniquement pour les médecins détenant la spécialité d'anesthésiologiste. Aucune autre spécialité ne peut obtenir le paiement des services pour l'un ou l'autre de ces rôles.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le **message explicatif 563**.

6 – Service de traitement collectif demandé non conformément

La facturation d'un code d'acte de traitement collectif doit respecter les instructions suivantes sur la demande de paiement :

- dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, inscrire **ZZZZ01010112** ;
- **seul un code d'acte de traitement collectif** doit être inscrit sur la demande de paiement. Aucun autre code d'acte n'est permis ;
- inscrire la lettre « **A** » dans la case CS ;
- inscrire le **numéro d'assurance maladie des personnes assurées traitées** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour toute erreur de cette nature identifiée par la Régie, le service sera refusé sur l'état de compte avec le **message explicatif 660** si un autre code acte que celui de traitement collectif est inscrit sur la demande de paiement ou le **message explicatif 914** si le numéro d'assurance maladie des personnes assurées traitées est absent ou si la CS = A est absente.

Veillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, article 3.2.4.2 » pour les instructions de facturation détaillées d'un service de traitement collectif.

7 – Identification erronée d'un nouveau-né n'ayant pas encore de prénom officiel

Dans de précédents communiqués, nous précisions comment identifier, sur une demande de paiement, l'enfant n'ayant pas encore de prénom officiel. Ne pas se conformer en tout point aux instructions de facturation pour cette situation entraînera le refus de paiement des services. Afin d'éviter cela, nous vous enjoignons de respecter les instructions spécifiques suivantes :

- Dans la case PRÉNOM et NOM À LA NAISSANCE, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom, ne doit être utilisée ;**

- Inscrire la date de naissance, le sexe et l'adresse dans les cases prévues à cette fin ;
- Dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le numéro d'assurance maladie de la mère ou du père. À défaut, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le sexe du parent ;
- S'il s'agit de naissances multiples, inscrire en plus des données précédentes dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, la mention Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de naissance détermine la lettre à utiliser.
- Inscrire la lettre « C » dans la case CS et ce, même s'il s'agit d'un cas d'urgence.

La carte d'assurance maladie d'un des parents ne doit jamais être utilisée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la demande de paiement.

Veillez vous référer à l'onglet « Rédaction de la demande de paiement, article 3.2.1.4 » pour les instructions de facturation détaillées.