



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 30 janvier 2006

À l'attention des médecins omnipraticiens

FACTURATION À L'ACTE :

ACCÉLÉRATION DU PAIEMENT FINAL

Évitez les refus de paiement

**Facturation des forfaits - clientèles vulnérables (hors GMF et en GMF)
et du supplément de responsabilité pour le patient admis en soins de courte durée
et
Autres renseignements administratifs**

Nous vous faisons part dans le [communiqué 079 du 9 novembre](#) dernier, de modifications au processus de traitement des demandes de paiement. Ces modifications se font progressivement depuis le 4 novembre dernier. Plusieurs d'entre vous sont donc, depuis peu, confrontés à une modification du traitement par la RAMQ, de votre facturation de forfaits de clientèles vulnérables et du supplément de responsabilité pour le patient admis en soins de courte durée (P.G. 2.4.7.8).

Pour répondre à vos interrogations, nous décrivons aux points 1.1 et 1.2 les raisons principales expliquant ces traitements, suivies au point 1.3 des libellés des messages explicatifs concernés par les refus de paiement.

D'autres renseignements administratifs sont indiqués au point 2.

Les dispositions de l'Entente visées sont :

- l'Entente particulière (E.P.) relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables ;
- l'E.P. sur les GMF – Annexe V- Section VII ;
- le sous-paragraphe 2.4.7.8 du Préambule général (point 1.2).

1. Raisons de refus

1.1 Raisons liées aux forfaits de clientèles vulnérables (hors GMF et en GMF)

- a) Absence d'identification du patient vulnérable auprès de son médecin de famille

Afin de respecter les paragraphes 3.03 et 3.05 de l'E.P. sur les clientèles vulnérables, il faut, pour facturer un forfait de responsabilité, avoir fait signer le formulaire approprié par le patient, le conserver au dossier

ET avoir transmis à la RAMQ une identification de la relation médecin de famille/patient vulnérable (par le biais d'une demande de paiement n° 1200 ou des services en ligne). Nous observons encore un volume important de forfaits de clientèles vulnérables (codes **08894** et **08895**) facturés sans que cette deuxième condition soit respectée.

Tout forfait facturé reçu sans la confirmation de cette identification est mis en attente durant une période maximale de 90 jours. Au-delà de cette période, si aucune confirmation d'identification n'a été reçue, le forfait est refusé avec le message explicatif **876** ou **877** à l'état de compte (voir libellé au point 1.3).

Pour les clientèles vulnérables traitées en **GMF**, l'inscription du patient vulnérable auprès de son médecin de famille en GMF doit avoir été acheminée via les services en ligne à la RAMQ (voir AVIS sous b), section VII - Annexe V - E.P. sur les GMF).

Dans le cas contraire, il y aura refus de paiement des forfaits (codes **15038** et **15039**) avec l'un ou l'autre des messages explicatifs **559** ou **793** (voir libellé au point 1.3).

- b) Absence d'examen ou de service équivalant à un examen nécessaire au paiement du forfait en cabinet (codes **08894** et **15038**)

L'entente stipule que le forfait de responsabilité est payable au médecin qui assure la prise en charge et le suivi du patient lorsqu'un examen de ce dernier a été effectué le même jour.

Les parties négociantes ont convenu de certains services qui ne répondent pas à l'une ou l'autre de ces exigences, soit la prise en charge et le suivi du patient ou un examen du patient. Ces services sont les suivants :

- La **psychothérapie seule** ne répond pas à l'exigence d'un examen ;
- La **consultation** ;
- Les **actes dont la description ne comprend pas un examen**.

Par contre, la psychothérapie associée à un examen physique y répond (code de l'examen ou code 08912 associé à une thérapie de soutien).

Les demandes de paiement en erreur pour les codes **08894** et **15038** sont mises en attente pendant 90 jours. Au-delà de cette période, elles font l'objet d'une récupération ou d'un refus de paiement avec le message explicatif **969** à l'état de compte (voir libellé au point 1.3).

- c) Facturation erronée du forfait de la part du médecin pratiquant à la fois en cabinet **et** en établissement (CLSC ou en UMF-CH) pour un même patient dans l'année

Tel qu'il est mentionné aux ententes particulières (au paragraphe 4.01 de l'E.P. sur les clientèles vulnérables et au point b) 3. de la section VII - Annexe V - E.P. sur les GMF), le médecin exerçant en cabinet **et** en établissement **doit opter** pour l'un ou l'autre des forfaits.

Le forfait en cabinet **08894** et le forfait annuel en CLSC ou UMF-CH **08895** ne peuvent pas être facturés pour un même patient au cours de la même année. La même règle s'applique aux forfaits - GMF, en cabinet **15038** et en CLSC ou UMF-CH **15039**. Si tel est le cas, les **deux** codes de forfaits sont alors refusés avec le message explicatif **980** (voir libellé au point 1.3). Le médecin devra facturer de nouveau en choisissant l'un ou l'autre des forfaits selon l'E.P. concernée.

- d) Facturation ne respectant pas la période de calcul de 365 jours du forfait annuel (en CLSC et en UMF-CH)

Le médecin exerçant en CLSC ou en UMF-CH subira un refus de paiement de sa facturation du forfait annuel **08895** ou **15039** si la période annuelle n'est pas respectée. Cette période se calcule pour chaque patient, à compter de la date de service du dernier forfait de responsabilité payé. Par exemple, si la date de service du dernier forfait payé était le 6 février 2005, un forfait de responsabilité en date du 4 février 2006 serait refusé. Le message explicatif à l'état de compte sera le message **617** (voir libellé au point 1.3).

Plusieurs d'entre vous ont en attente de traitement (code de transaction 03 à l'état de compte), des demandes de paiement qui ne respectent pas ces règles. Sur les états de compte des 10 et 24 février 2006, toutes les demandes de paiement actuellement en inventaire selon l'une ou l'autre des erreurs décrites aux points 1.1 b), c) ou d), seront refusées.

Pour éviter que votre refacturation interfère avec des demandes de paiement en attente de traitement pour ces motifs, vous voudrez peut-être attendre après cette période avant de facturer de nouveau selon les instructions et dispositions d'entente précitées.

1.2 Raisons liées au supplément de responsabilité pour l'examen du patient admis dans une unité de soins de courte durée (2.4.7.8 du Préambule général)

- a) Absence d'examen ou de service équivalant à un examen nécessaire au paiement du supplément de responsabilité (code **0071** ou code **15150** de la L.E. n° 164)

L'entente stipule que le supplément est payable en autant qu'un examen du patient a été effectué le même jour par le médecin. Les demandes de paiement concernées sont mises en attente pendant 90 jours. Au-delà de cette période, si la facturation d'un examen est toujours absente, les demandes de paiement font l'objet d'une récupération ou d'un refus de paiement avec le message explicatif **969** à l'état de compte (voir libellé au point 1.3).

- b) Facturation le même jour de plus d'un supplément (code **0071**) pour le même patient par le médecin responsable ou par le médecin qui assure le suivi conjoint de ce patient

Le sous-paragraphe **2.4.7.8** du Préambule général précise qu'un seul supplément est payable par jour par médecin pour un patient. Le dépassement de ce maximum est refusé avec le message explicatif **617** à l'état de compte (voir libellé au point 1.3).

1.3 Libellés des messages explicatifs précités

559 Acte non payable, car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'Entente particulière concernant les groupes de médecine de famille.

617 Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.

793 Code d'acte payable au médecin de famille du patient inscrit sur la demande de paiement (réf.: Entente particulière concernant les GMF).

876 Pour être rémunéré pour cet acte, le médecin doit avoir identifié le patient au moyen du formulaire prescrit.

877 Nous ne retrouvons aucune identification du médecin de famille, à la date des services, à partir des informations inscrites sur la demande de paiement. Pour l'enfant de moins d'un an, qui n'a pas sa carte d'assurance maladie, les renseignements présents sur la demande de paiement doivent être identiques à ceux que vous nous avez transmis lors de l'identification médecin-patient.

969 En raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**, le code d'acte est **non payable** s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.

980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants: le libellé (description) ou la nature des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'**AVIS**.

2. Autres renseignements administratifs

Veillez prendre note du nouveau message explicatif **193** et d'un ajout au libellé du message **194**.

193 Conformément à l'Entente particulière Clinique-Réseau, les modificateurs **176** et **180** ou leurs multiples sont acceptables seulement dans une clinique-réseau.

194 Le modificateur ou le code d'acte utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (réf.: Entente particulière auprès des malades admis en certains CHSGS, Entente particulière Centre de santé Chibougamau **et Entente particulière Soins intensifs ou coronariens**).

NOTE: *Plusieurs communiqués portant sur les clientèles vulnérables vous ont été expédiés. Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter notamment les suivants :*
[Comm. 032/2003-05-28](#), [Comm. 073/2003-09-18](#), [Comm. 046/2004-06-28](#) et [Comm. 058/2004-09-07](#).

IMPORTANT: *Lorsque les services sont refusés en totalité, vous devez, le cas échéant, **les refacturer** en corrigeant les erreurs. Toute demande de révision sera refusée, la refacturation étant la seule voie possible dans ce cas-ci.*

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

c. c. Développeurs de logiciels de facturation et
Agences commerciales de traitement des données - Médecine