

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 26 mai 2006

À l'intention des médecins omnipraticiens

**Renseignements administratifs :  
E.P « Soins intensifs ou coronariens » et « Clinique-réseau »  
Transfert ambulancier et tableau des modificateurs multiples**

Nous vous présentons des renseignements administratifs pertinents pour votre facturation. Ils concernent un ajout à un avis pour l'entente particulière (E.P.) relative aux soins intensifs ou coronariens et des changements aux modificateurs multiples de l'E.P. Clinique-réseau. Le manuel de facturation est également touché par une précision apportée à l'avis relié aux forfaits de déplacement dans le cadre d'un transfert ambulancier et par une correction dans le tableau des modificateurs multiples.

**1. Entente particulière relative à une unité de soins intensifs ou coronariens**

Nous attirons votre attention sur l'ajout d'un Nota Bene (N.B.) à l'avis sous le premier alinéa du paragraphe 4.02 de l'E.P. précitée.

**4.02** La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un forfait de 97,65 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, 77,10 \$ pour la deuxième journée de séjour et 72,00 \$ pour les suivantes;

**AVIS** : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **09997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **08896** pour la **deuxième** journée de séjour dans l'unité;
- le code d'acte **08897** pour les journées **suivantes** de séjour dans l'unité;
- le code d'établissement spécifique (OXXX6);
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.

**N. B.** Le code 09997 peut être facturé uniquement à la date du début du séjour, soit la date à laquelle le patient est admis à l'unité ou réadmis à l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation. Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission.

## 2. Entente particulière Clinique-réseau

- Veuillez noter que les modificateurs multiples **911** et **912** ont été **ANNULÉS**. Selon nos vérifications, ils n'ont pas été utilisés.
- Les nouveaux modificateurs inscrits dans le tableau suivant devront être utilisés **à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006**. Ils ont été créés afin de faciliter votre facturation.

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
	<b>Nouveaux multiples du modificateur 176</b>	
002-046-176	364	1,1000
002-046-176-179	914	1,1000
002-176-179	366	1,0000
046-094-176-179	913	1,1000
046-176-179	367	1,1000
094-176-179	368	1,0000
176-179	660	1,0000
	<b>Nouveaux multiples du modificateur 180</b>	
002-046-179-180	916	1,1000
002-046-180	365	1,1000
002-179-180	369	1,0000
032-180	659	0,4000
046-094-179-180	915	1,1000
046-179-180	370	1,1000
094-179-180	371	1,0000
179-180	661	1,0000

**NOTE :** Voir en annexe, sous les articles pertinents de l'E.P. Clinique-réseau, les tableaux à jour de tous les multiples des modificateurs 176 et 180. Ces nouveaux modificateurs seront également intégrés dans le tableau des modificateurs multiples de votre manuel de facturation lors de sa prochaine mise à jour.

De plus, vous remarquerez que les avis sous le paragraphe 3.01 e) et g) ont été modifiés pour préciser que **tous les médecins omnipraticiens** de la clinique-réseau doivent respecter les instructions de facturation décrites à l'E.P.

### 3. Transfert ambulancier - Forfaits de déplacement

Dans votre manuel de facturation, onglet « B – Consultation et examen », page B-17, des précisions sont apportées à l'avis sous les forfaits de déplacement (actes codés **19047**, **19048** et **19049**). Les précisions sont indiquées en gras.

L'avis se lira comme suit :

**AVIS:** (\*) *Pour avoir droit à l'un ou l'autre des forfaits de déplacement (actes codés 19047, 19048 ou 19049), vous devez obligatoirement vous déplacer vers un établissement et ne pas être déjà présent dans l'établissement où vous êtes demandé. Veuillez noter également que ce forfait est majorable Annexe XII et Annexe XIII.*

*Pour facturer l'un ou l'autre des forfaits, utiliser la demande de paiement n° 1200 et y inscrire :*

- Le NAM de la personne transférée dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
- L'heure de départ pour l'établissement dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- Le code de l'établissement (0XXX7, **8XXX5 ou 9XXX2**) qui requiert le déplacement.*

***N. B. Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné aux ententes particulières suivantes est autorisé : Garde dans certains CLSC du réseau de garde intégré ou Garde sur place CHSGS désignés.***

### 4. Modificateurs multiples 524 et 525

Dans votre manuel de facturation, onglet « Rédaction de la demande de paiement », pages 33 et 34, la correction suivante est apportée aux modificateurs multiples 524 et 525. Elle est indiquée en gras. Un avis est également ajouté.

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
093 – 169	524	<b>+100,00 \$ (*)</b>
094 – 169	525	<b>+100,00 \$ (*)</b>

**\*AVIS:** ***À remarquer qu'il ne s'agit pas d'un facteur de multiplication mais bien d'un facteur d'addition.***

*Ces changements seront intégrés lors d'une prochaine mise à jour de la Brochure n° 1 et du manuel de facturation.*

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Annexe – Extrait de l'entente particulière Clinique-réseau incluant les modificateurs multiples à utiliser

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

## ANNEXE

### EXTRAIT DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE CLINIQUE-RÉSEAU (paragraphe 3.01, alinéas e), f) et g) avec avis incluant l'ensemble des modificateurs et multiples à utiliser)

- e) Elle offre des services accessibles sans rendez-vous pendant douze (12) heures par jour du lundi au vendredi et de huit (8) heures le samedi, le dimanche et la journée fériée;

**AVIS:** *Tous les médecins omnipraticiens qui exercent au sein d'une clinique-réseau doivent respecter les modalités de facturation tant pour les activités sur rendez-vous que celles sans rendez-vous.*

*Dans la section « Actes » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service rendu en sans rendez-vous dans chaque site de la clinique-réseau :*

- le modificateur 176 ou un de ses multiples;*
- les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- le code de la clinique-réseau où les services sans rendez-vous ont été rendus.*

Les multiples du modificateur **176** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
002 – 046 – 176	364	1,1000
002 – 046 – 176 – 179	914	1,1000
002 – 176	657	1,0000
002 – 176 – 179	366	1,0000
046 – 050 – 176	349	0,5500
046 – 050 – 093 – 176	909	0,5500
046 – 093 – 176	352	1,1000
046 – 093 – 094 – 176	900	1,1000
046 – 094 – 176	351	1,1000
046 – 094 – 176 – 179	913	1,1000
046 – 176	652	1,1000
046 – 176 – 179	367	1,1000
050 – 176	633	0,5000
093 – 094 – 176	350	1,0000
093 – 176	634	1,0000
094 – 176	635	1,0000
094 – 176 – 179	368	1,0000
176 – 179	660	1,0000

*Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser le code d'activité 076110 : Services cliniques sans rendez-vous exempts du plafond trimestriel (article 7.01).*

- f) La dispensation des services sans rendez-vous visés à la présente se fait en un lieu physique unique;

- g) Elle offre des services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions apparaissant au contrat qu'elle a conclu avec le CSSS.

**AVIS:** *Tous les médecins omnipraticiens qui exercent au sein d'une clinique-réseau doivent respecter les modalités de facturation tant pour les activités sur rendez-vous que celles sans rendez-vous.*

*Dans la section « Actes » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service rendu sur rendez-vous dans chaque site de la clinique-réseau :*

- le modificateur **180** ou un de ses multiples;*
- les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- le code de la clinique-réseau où les services sur rendez-vous ont été rendus.*

Les multiples du modificateur **180** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
002 – 046 – 180	365	1,1000
002 – 046 – 179 – 180	916	1,1000
002 – 179 – 180	369	1,0000
002 – 180	658	1,0000
032 – 180	659	0,4000
046 – 050 – 180	325	0,5500
046 – 050 – 093 – 180	910	0,5500
046 – 093 – 094 – 180	901	1,1000
046 – 093 – 180	347	1,1000
046 – 094 – 179 – 180	915	1,1000
046 – 094 – 180	348	1,1000
046 – 179 – 180	370	1,1000
046 – 180	649	1,1000
050 – 180	654	0,5000
093 – 094 – 180	322	1,0000
093 – 180	650	1,0000
094 – 179 – 180	371	1,0000
094 – 180	651	1,0000
179 – 180	661	1,0000

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, veuillez utiliser le code d'activité 076111 : Services cliniques avec rendez-vous.