FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La facturation à l'acte

Michel Desrosiers, m.d., ll.b.
Direction des Affaires professionnelles
FMOQ

La facturation à l’acte

- Services assurés RAMQ
- Services assurés CSST
- Services « assurés » hors province
- Services à des tiers
- Non-assurés

Comment je fais pour m'inscrire auprès de la RAMQ ?

À l'aide d'un formulaire disponible dans le site internet de la RAMQ (www.ramq.gouv.qc.ca)
ou via service InfoProf, possible de s'inscrire sans connaître son numéro du Collège

En établissement, l'**avis de nomination** doit être envoyé à la RAMQ

Qu’est-ce que la RAMQ va m’envoyer ?

- Manuel des actes
- Entente
- Liste des formulaires et modalités de commande
- Inscription à InfoProf

Manuel de facturation : Quoi lire ?

- Instructions de facturation
- Préambule général
- Annexe I du préambule général
- Onglet « Actes diagnostique et thérapeutiques »
- (Préambules d’anesthésie et de chirurgie)

Comment je facture à la RAMQ ?

- Manuelle, sur support papier, Formulaire DP 1200 « ***Relevé d'honoraire*** » coût 0,50 $ @
- Agence de facturation
- Logiciel de facturation

la RAMQ a la liste des fournisseurs

- Délai maximum de facturation : 90 jours après la date du service rendu
- Premier paiement : délai de 45 jours

Comment serai-je payé ?

- Par virement bancaire automatique, dans un compte personnel
- Aux 2 semaines, si le calendrier de facturation est respecté
- Selon une méthode dite de prépaiement

Comment je sais ce pourquoi je suis payé ?

La RAMQ valide chaque relevé d'honoraire et produit un état de compte détaillé

Chaque refus de paiement fait l'objet d'un ***message explicatif***. La liste des messages explicatifs se retrouve dans le manuel des médecins omnipraticiens (*le livre gris*)

Importance de suivre conciliation

DP1200

62123

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

PRÉNOM ET NOM
À LA NAISSANCE
NOM DU MARI

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | DATE D'EXPIRATION

ADRESSE

INIT. | NOM DU MÉDECIN | NUMÉRO | GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR | SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	R	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES

C.S. | DISTANCE

VISITES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	NOMBRE	

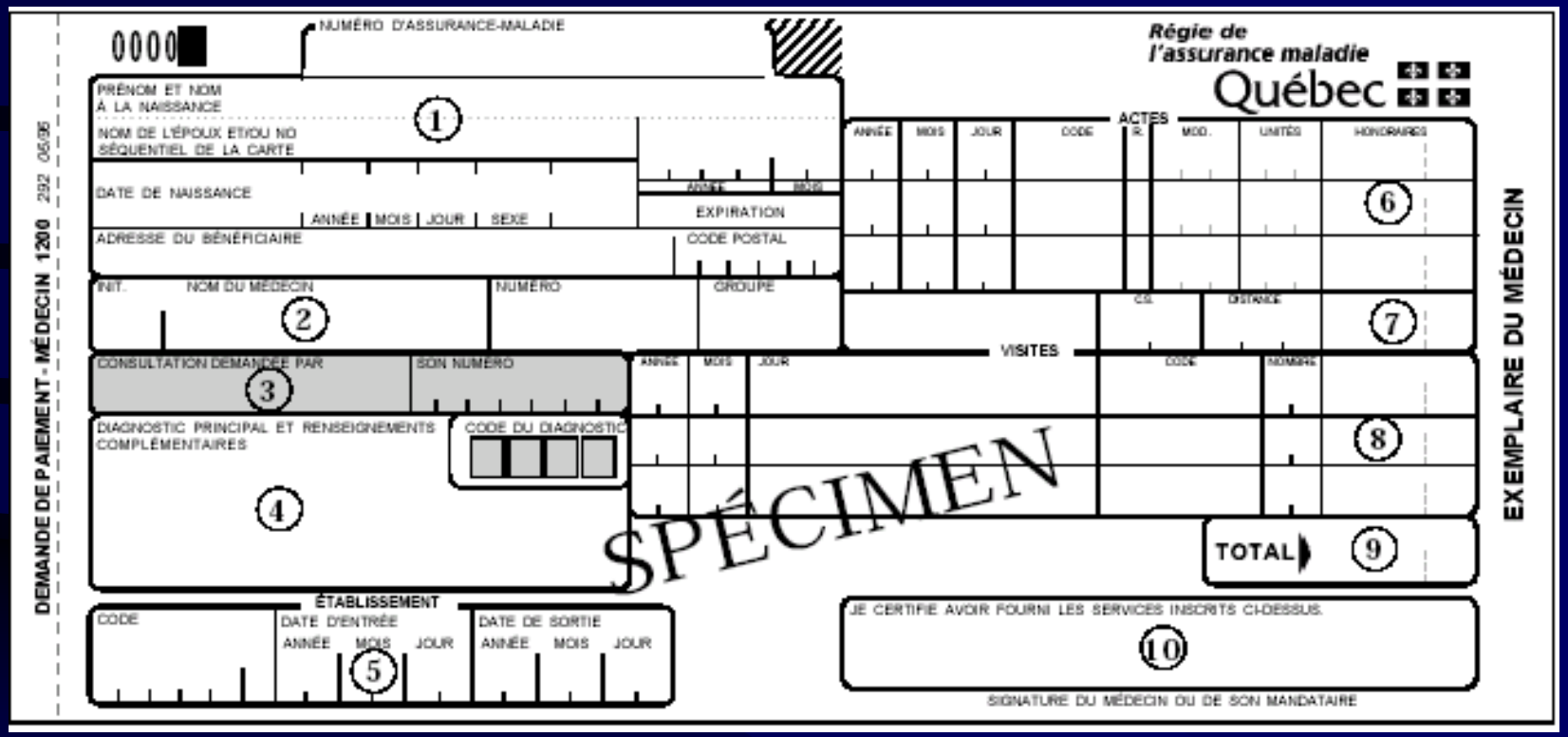
TOTAL

ÉTABLISSEMENT

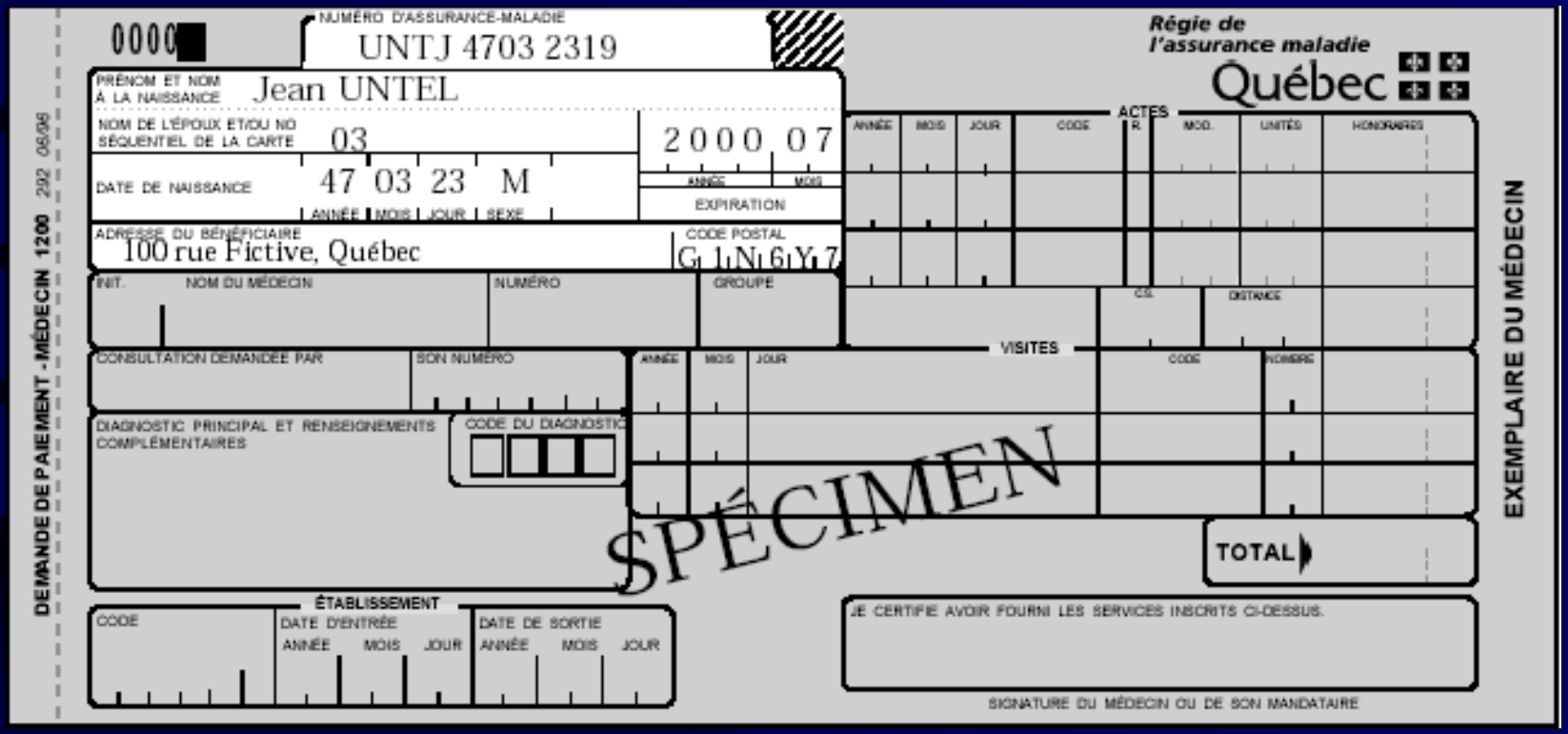
CODE | DATE D'ENTRÉE (ANNÉE, MOIS, JOUR) | DATE DE SORTIE (ANNÉE, MOIS, JOUR)

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

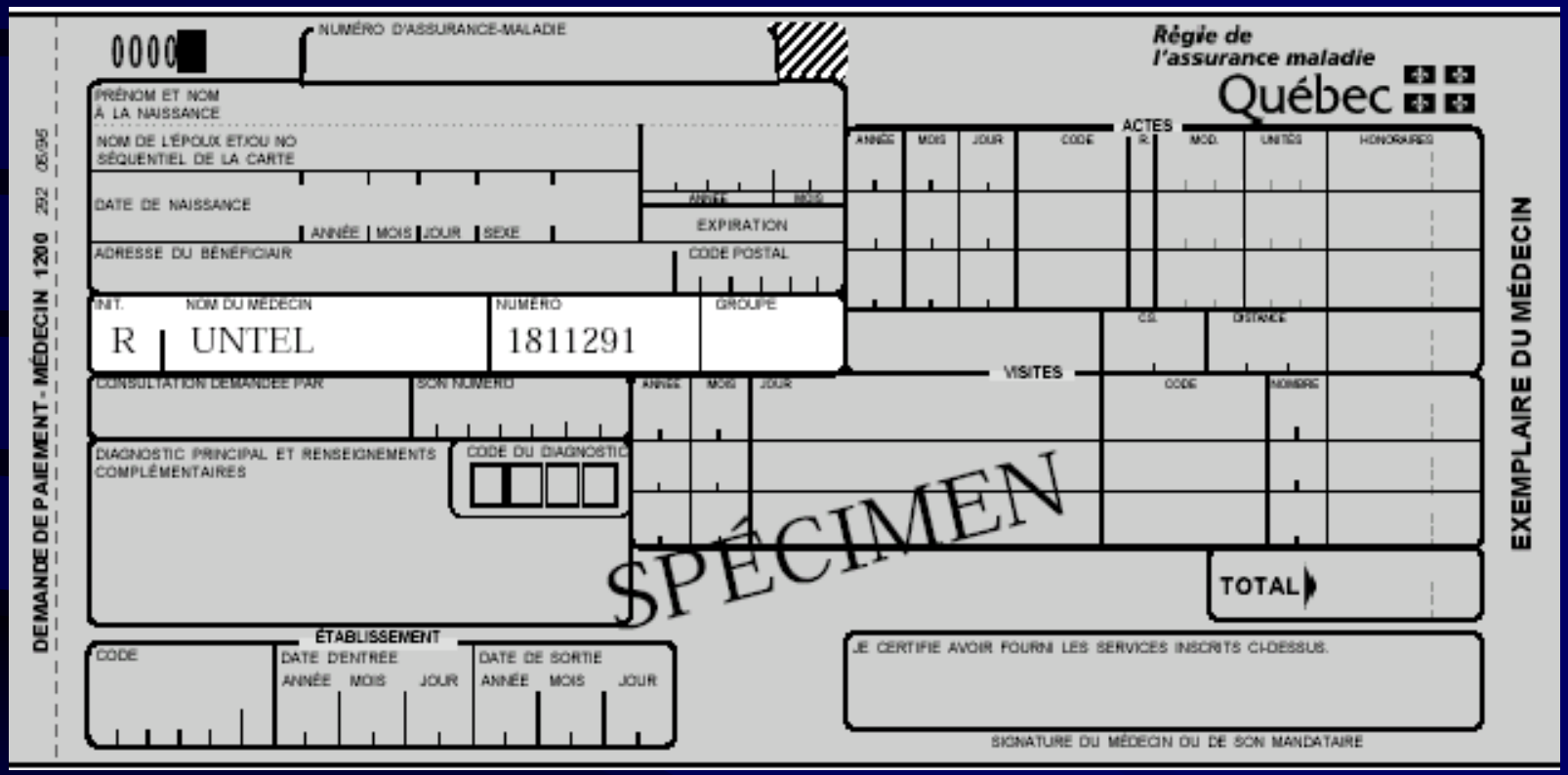
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE



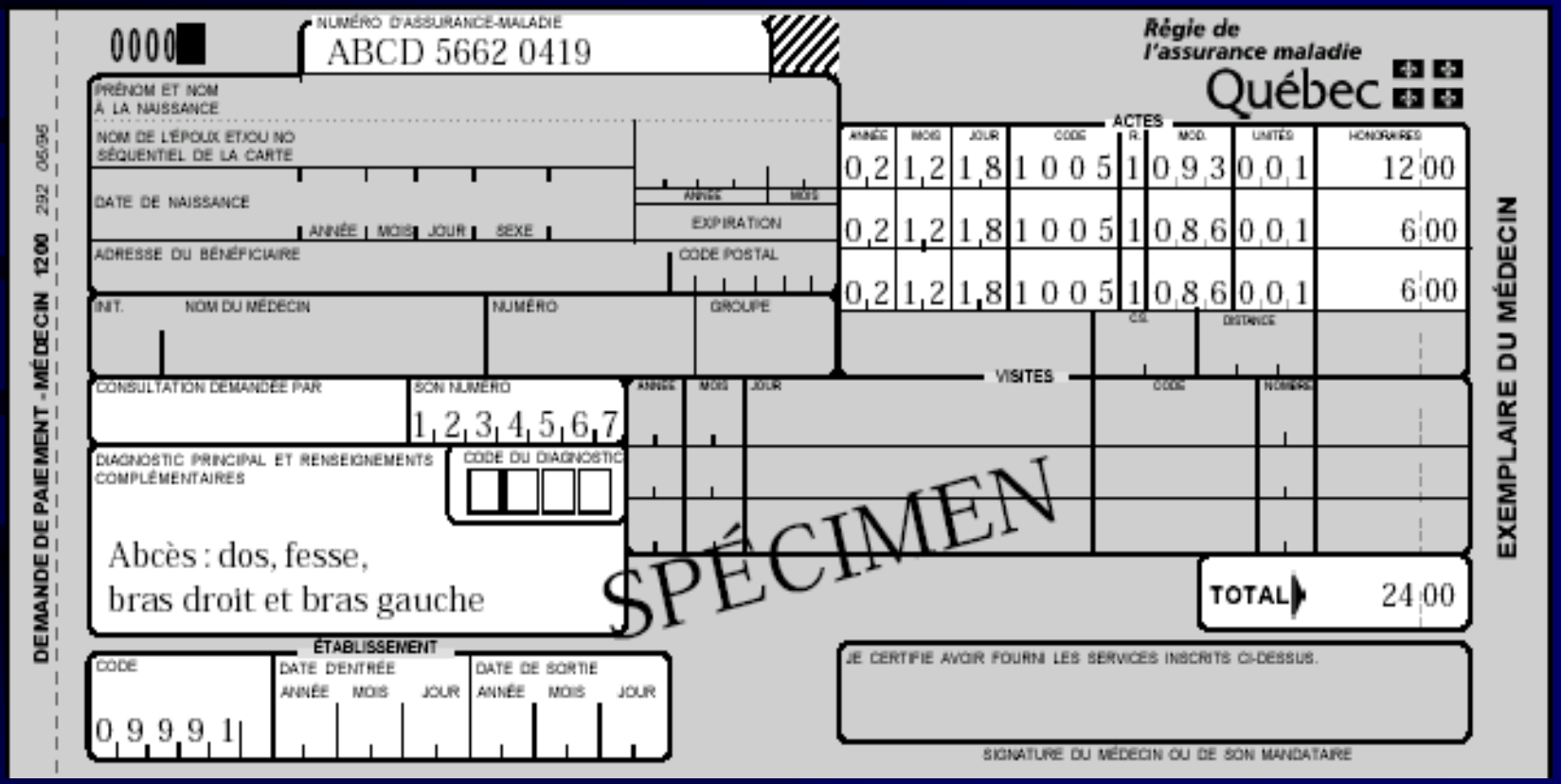
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



0000

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE
ABCD 5662 0419

Régie de l'assurance maladie
Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION
ANNÉE MOIS

ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE

CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

SON NUMÉRO
1 2 3 4 5 6 7

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Abcès : dos, fesse,
bras droit et bras gauche

ÉTABLISSEMENT

CODE
0 9 9 9 1

DATE D'ENTRÉE
ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE
ANNÉE MOIS JOUR

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	R.	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
0 2	1 2	1 8	1 0 0 5	1	0 9 3	0 0 1	12 00
0 2	1 2	1 8	1 0 0 5	1	0 8 6	0 0 1	6 00
0 2	1 2	1 8	1 0 0 5	1	0 8 6	0 0 1	6 00

CS. DISTANCE

VISITES

ANNÉE MOIS JOUR CODE NOMBRE

TOTAL 24 00

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 05/95

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

SPÉCIMEN

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE
BCDA 6301 1517

Régie de l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 06/96

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ANNÉE | MOIS
EXPIRATION

ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE

CODE POSTAL

INIT. | NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO
1122334

GROUPE

SPÉCIMEN

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

CODE	DATE D'ENTRÉE ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE SORTIE ANNÉE	MOIS	JOUR
0 9 9 9 1						

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	R.	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES

VISITES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	NOMBRE	
0 2	1 2	16	0097	0 1	38 05
0 2	1 2	17	0056	0 1	21 00
0 2	1 2	16-16-16-17-17	0005	0 5	50 00

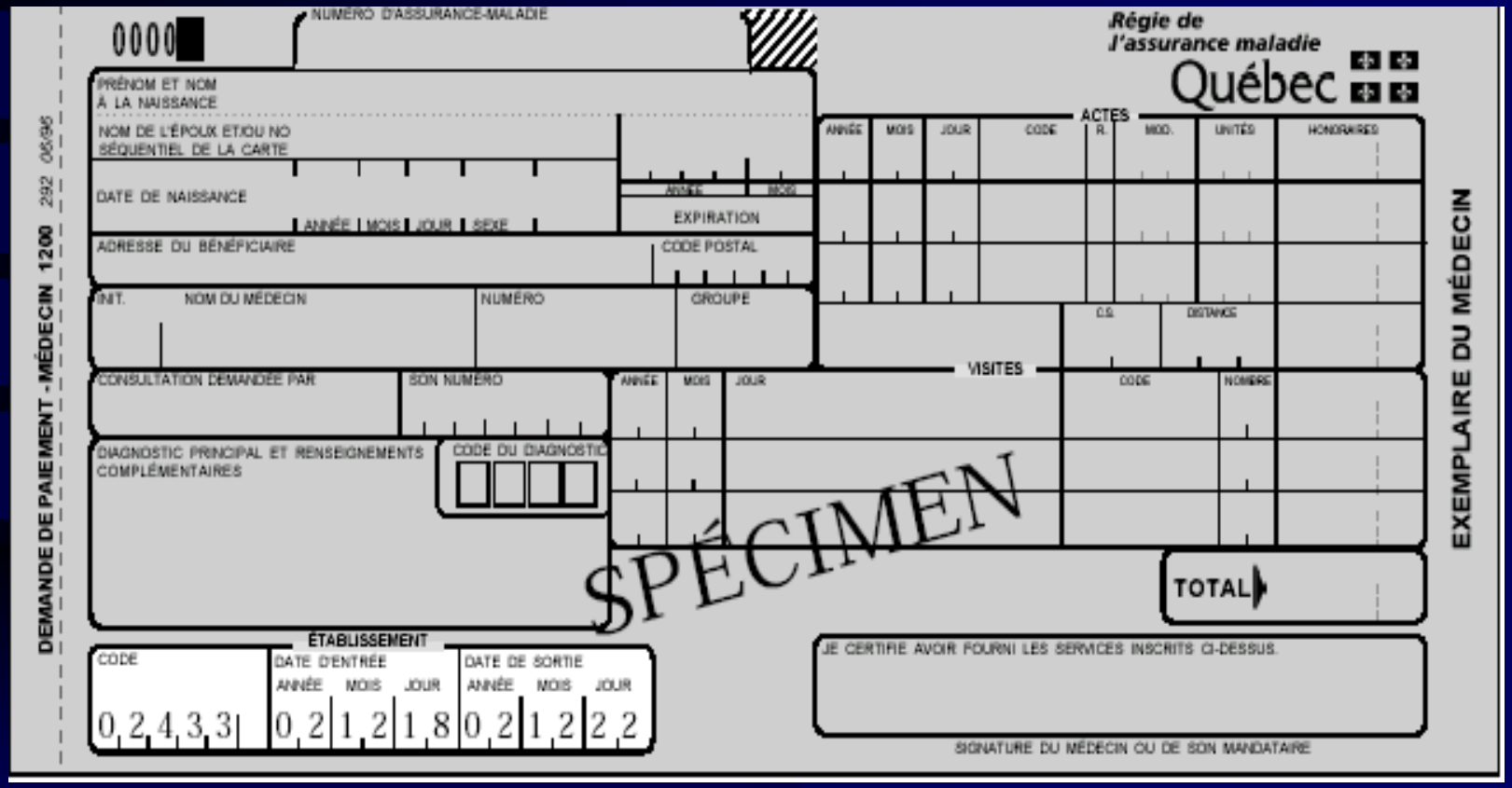
CS | DISTANCE

TOTAL 109 05

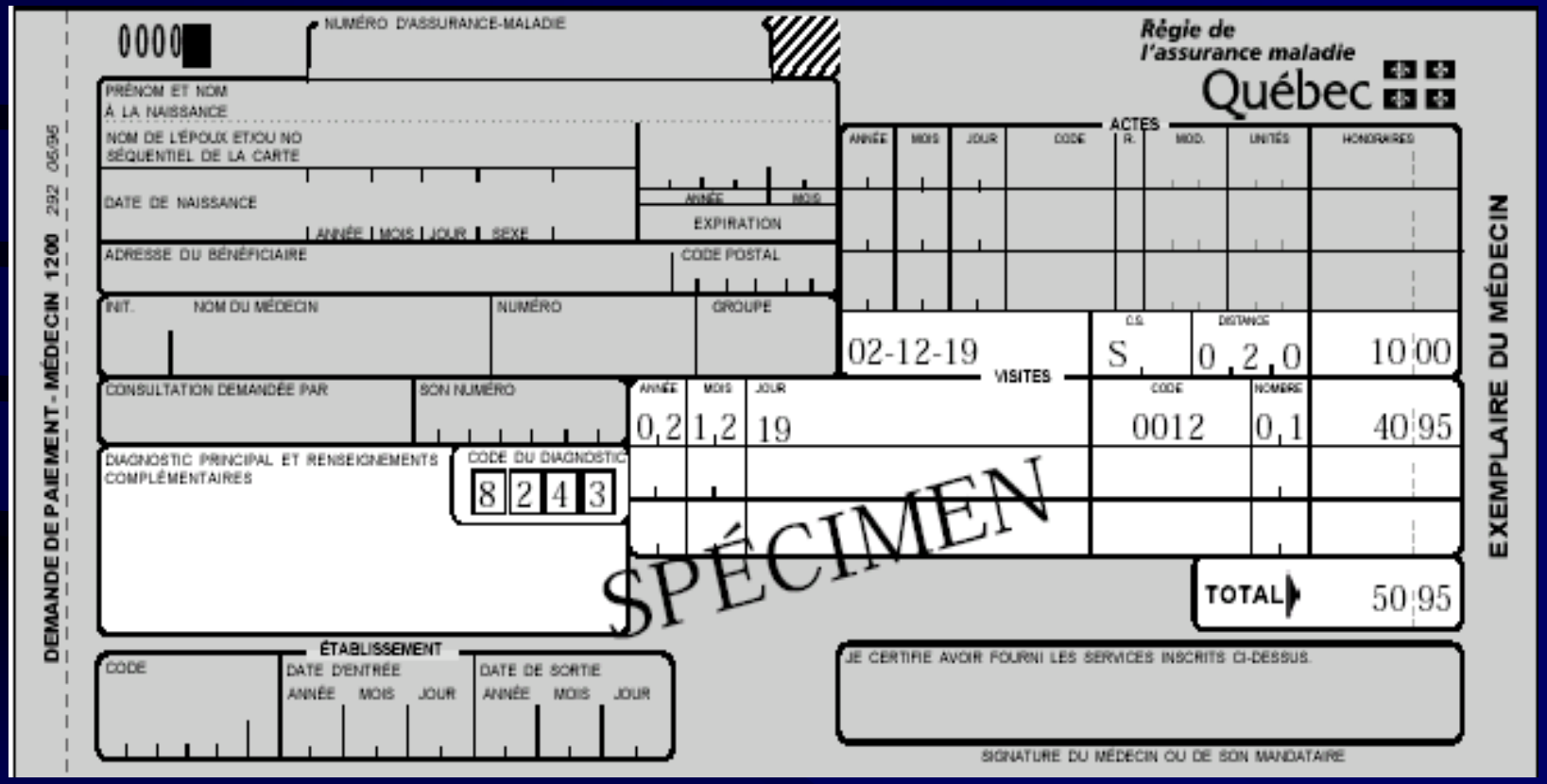
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN



FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



0000

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 05/95

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ANNÉE MOIS EXPIRATION

ADRESSE DU BÉNÉFICIAIRE

CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR

SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC 8243

ÉTABLISSEMENT

CODE

DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	R.	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
02	12	19	S		0,2,0		10 00

VISITES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	NOMBRE	
0,2	1,2	19	0012	0,1	40 95

TOTAL 50 95

SPÉCIMEN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Qu’est-ce que je fais si le patient n’a pas sa carte ?

- S’il est assuré, faire payer selon tarifs de la RAMQ et remplir feuille de réclamation pour que le patient se fasse rembourser
- S’il provient d’une autre province, compléter le formulaire approprié
- Si urgence et patient éligible, facturer à la RAMQ avec C/S D

62123

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE

NOM DU MARI

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | DATE D'EXPIRATION

ADRESSE

INIT. | NOM DU MÉDECIN | NUMÉRO | GROUPE

CONSULTATION DEMANDÉE PAR | SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	R.	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES

C.S. | DISTANCE

VISITES

ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE	NOMBRE	

TOTAL

ÉTABLISSEMENT

CODE	DATE D'ENTRÉE			DATE DE SORTIE		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Partie à remplir par le bénéficiaire

Pour obtenir un remboursement rapide, le bénéficiaire doit:

1. **vérifier** que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit - son numéro (7 chiffres) - la date et le code des actes - ses honoraires - le code de l'établissement.
2. **remplir** les sections 1, 2 et 3 (ci-dessous) en suivant bien les directives.
3. **envoyer** à la Régie la *Demande de paiement ou de remboursement au bénéficiaire* (exemplaire de la Régie) dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.

1 ADRESSE

ADRESSE PERMANENTE		SI DIFFÉRENTE, ADRESSE OÙ VOUS DÉSIREZ RECEVOIR VOTRE CHÈQUE	
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO	RUE
APP.	VILLE OU LOCALITÉ	APP.	VILLE OU LOCALITÉ
PROVINCE Québec	CODE POSTAL	PROVINCE OU PAYS	CODE POSTAL

2 MOTIF DE LA DEMANDE

COCHER (✔) LA SITUATION QUI VOUS CONCERNE ET SUIVRE LES DIRECTIVES

- ☐ **Votre carte d'assurance-maladie n'est pas expirée mais vous ne l'avez pas présentée:** ▶ Inscrire votre numéro d'assurance-maladie (douze caractères) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- ☐ **Votre carte d'assurance-maladie est expirée.** ▶ Inscrire votre numéro d'assurance-maladie (douze caractères) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin. Sur réception de votre demande, la Régie vous fera parvenir le formulaire approprié pour régulariser votre situation.
- ☐ **Vous avez demandé votre carte d'assurance-maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue:** ▶ Date de la demande: ANNÉE MOIS JOUR. Sur réception de votre carte d'assurance-maladie, inscrire votre numéro d'assurance-maladie (douze caractères) sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
- ☐ **Votre carte d'assurance-maladie a été perdue ou volée:** ▶ Sur réception de votre demande, la Régie vous fera parvenir le formulaire approprié pour obtenir le remplacement de votre carte.
- ☐ **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance-maladie:** ▶ Sur réception de votre demande, la Régie vous fera parvenir le formulaire approprié à l'inscription.

3 SIGNATURE

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et réclame paiement ou remboursement.	SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE	DATE ANNÉE MOIS JOUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Vous pouvez obtenir des informations additionnelles en communiquant avec la Régie aux numéros suivants:

- dans la région de Québec: 646-4636
- dans la région de Montréal: 864-3411
- ailleurs au Québec (sans frais d'interurbain) 1-800-463-4881

1800 *292 09/92*

EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE

Que me dit l'état de compte ?

- La RAMQ transmet des états de compte détaillés aux deux semaines

- Contenu:
  - Montants payés
  - Montants retenus
  - Solde
  - Détail de chaque DP

De quoi ça a l'air ?

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 C	2003-12-11

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
2003-11-20 (P)	OR-10	001 DE 002

1 2 3 4 5 6 7 8

UNTEL ROBERT
567, rue Fictive
Québec QC
G1N 5C9

9

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:
Québec:.....(418) 643-8210
Montréal:.....(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX
VOTRE FÉDÉRATION A ÉTABLI LES MONTANTS DES COTISATIONS SYNDICALES DE L'ANNÉE 1998 POUR CHAQUE SPÉCIALITÉ. LEUR PRÉLÈVEMENT DÉBUTE À COMPTER DE CE PAIEMENT.

PAIEMENTS ET RETENUES

PAIEMENTS

SPÉCIMEN

DP payées au montant demandé	4285,80	
DP payées, à apprécier (tra. 03)	14,70	
TOTAL DU PAIEMENT		4300,50
MONTANT NET		4300,50

DÉDUCTIONS CUMULATIVES
Cotisation fédération F.M.O.Q. 700,00

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé.
02 = Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
03 = Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec code 10, 11, ou 12, (ne pas faire de demande de révision)
05 = Demande de paiement reçue, en cours de traitement, reparaîtra sur un état de compte subséquent.
12 = Paiement maintenu après appréciation (déjà paru avec code 03).

OR341 4702 306 06/95

VOIR AU VERSO

La deuxième page

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 C	2003-12-11

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
2003-11-20 (P)	OR-10	002 DE 002

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA	CODE EXPL	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a		6a														
2650	81118		BEAJ			54,10	2679	81119		GLAG			31,65	2706	81119		POIA			15,75
2651	81118		RUEC			54,10	S2680	81119		VALD			29,70	2707	81119		GOYG			54,10
2652	81118		BEAJ			54,10	2681	81119		LAVG	02		15,75	2708	81119		BENG			14,70
2653	81118		CHAC			30,75	2681		00001	LAVG		592		2709	81119		TRUJ			84,85
2654	81118		MORF			45,45	2681		09800	LAVG		592		2710	81119		FILM			54,10
2655	81118		ROSL			45,45	2682	81119		MORJ			29,30	2711	81119		MUSS			14,70
2656	81118		CHIR			54,10	2683	81119		PICR			14,70	2712	81119		ZARM			14,70
2657	81118		CHIH	03		14,70	2684	81119		DEBJ			14,70	2713	81119		PAQM			15,75
2658	81118		ROYD			14,70	2685	81119		DEBJ			14,70	2714	81119		GALP			14,70
2659	81118		BRAA			31,65	2686	81119		BELG			45,45	2715	81119		BRIT			14,70
2660	81118		VEIA	12			2687	81119		GLAG			31,65	2706	81119		POIA			15,75
2661	81118		SUEJ			15,75	2688	81119		VALD			29,70	2707	81119		GOYG			54,10
2662	81118		PHAS			14,70	2689	81119		LAVG	02		15,75	2708	81119		BENG			14,70
2663	81119		BOIA			29,30	2689		00001	LAVG		592		2709	81119		TRUJ			84,85
2664	81119		LECJ			14,70	2689		09800	LAVG		592		2710	81119		FILM			54,10
2665	81119		LESP			29,30	2692	81119		MORJ			29,30	2711	81119		MUSS			14,70
2666	81119		TANN			29,30	2693	81119		PICR			14,70	2712	81119		ZARM			14,70
2667	81119		PERL			14,70	2694	81119		DEBJ			14,70	2713	81119		PAQM			15,75
2668	81119		BLAE			14,70	2695	81119		DEBJ			14,70	2714	81119		GALP			14,70
2669	81119		BLAM			54,10	2696	81119		BOIP			45,45	2715	81119		BRIT			14,70
2670	81119		PELC			14,70	2697	81119		BROW	04	107	0,00	2726	81119		CHAB			14,70

DÉTAILS DES DEMANDES DE PAIEMENT REMBOURSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES

1734	80609		PAQJ	05			2609	80603		LEFN			14,70	2622	80613			PREP		05
1959	81024		MACV		211	29,30	2615	80603		LARG	04	916	0,00							

SPÉCIMEN

REMARQUE:
RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE

FIN DU RELEVÉ

Qu’est-ce que je fais en cas de refus de paiement ?

Un relevé d’honoraire refusé peut faire l’objet de :

- Une refacturation en conformité avec le message explicatif ; sinon, perte annuelle importante
- Une refacturation en y joignant les explications appropriées, dite « *considération spéciale* »
- Une demande de révision, lorsque le professionnel conteste la décision de la Régie

Régie de l'assurance-maladie du Québec

DEMANDE DE RÉVISION OU D'EXPLICATIONS

☐ À L'ACTE ☐ S.L.E. ☐ À SALAIRE ☐ HONORAIRES FORFAITAIRES ☐ C.S.S.T ☐ PHARMACIE ☐ _____

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SERVICES		IDENTIFICATION DU GROUPE (S'IL Y A LIEU)	
NOM DU DISPENSATEUR / RAISON SOCIALE		NOM	NUMÉRO DU GROUPE
NO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	S'IL Y A LIEU ▶ NO DE PHARMACIE	MANDATAIRE	
ADRESSE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	LE NOM DU BÉNÉFICIAIRE OU LE NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE			CODE		DATE DE SERVICE			IL EST ESSENTIEL DE REMPLIR CETTE SECTION
		ANNÉE	MOIS	JOUR	TRA.	EXPL.	ANNÉE	MOIS	JOUR	Spécifier les motifs de la demande et annexer les documents explicatifs s'il y a lieu.

PARTIE BLANCHE: EXEMPLAIRE DE LA RÉGIE - PARTIE JAUNE: COPIE DU PROFESSIONNEL

J'autorise par la présente, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à divulguer mon identité à ma fédération et/ou association afin d'évaluer mon dossier s'il est soumis en conciliation. ☐ OUI ☐ NON

SIGNATURE	DATE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

☐ BIP
☐ D.P.
☐ ANNULÉ

RETOURNER À:
RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC
SERVICE DU SUPPORT TECHNIQUE - LOGISTIQUE (12)
CASE POSTALE 6600,
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1K 7T3

1549 309 03/94

S.V.P. REMPLISSEZ CE FORMULAIRE À LA MACHINE OU À LA MAIN EN LETTRES MOULÉES.

Régie de l'assurance-maladie du Québec

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	NO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
NOM DU BÉNÉFICIAIRE	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

Y a-t-il un autre recours ?

- Comité paritaire de l'Entente chargé de réviser les relevés que la RAMQ refuse d'honorer
- Obligation de produire des informations complémentaires
- Délais longs : plusieurs mois
- Importance d'un dossier bien documenté

Qu’en est-il des agences de facturation ?

- N’ont pas la compétence pour interpréter l’entente
- N’ont aucune responsabilité
- En regard de la RAMQ, seul le médecin est responsable de sa facturation
- C’est le médecin qui subira les retraits négatifs en cas de facturation erronée

Qui peut interpréter l'Entente pour moi ?

Seuls organismes responsables aptes à fournir des explications sur la facturation :

- **RAMQ** : obtenir le nom de la personne consultée
- **FMOQ** : Directeur des affaires professionnelles

D’autres sources d’information sur la facturation ?

- *Le Médecin du Québec* : Questions de bonne entente
- *Le Médecin du Québec* : En fin…la facturation noir sur blanc
- Ateliers de la Direction des affaires professionnelles—adressez-vous à votre association régionale

Dois-je mémoriser tous les codes de facturation ?

- NON

Par ailleurs :

- faciles à mémoriser

- la plupart des médecins travaillent avec moins de 50 codes

Quelles sont les erreurs fréquentes ?

- Doublons (Code Q)
- Actes ou chirurgies multiples (MOD=050)
- Utilisation des **modificateurs** multiples (062, 099 et modificateurs multiples)
- Examen jour de chirurgie urgente (MOD=179)
- Inscriptions des clientèles vulnérables (date d'identification)

ENTENTE

Annexe V *(Entente, dans le présent manuel)*

Préambule général

RÈGLE **1.4**

- Actes réclamés entre 20 h à 24 h, lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée . . . . . **MOD 096**
- Actes réclamés pour une période de garde de 0h à 8h lorsque le professionnel se prévaut du forfait compensatoire pour la garde sur place à l'urgence en centre hospitalier de courte durée . . . . . **MOD 097**

RÈGLE **2.2.9 A** : Majoration d'honoraires de 10 % des examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec déplacement auprès d'un malade admis dans une unité de courte durée d'un CHSGS, d'un CH de soins psychiatriques, ou de tout autre centre désigné par les parties, le samedi, dimanche et un jour férié. Sont visés par cette disposition les examens et consultations paraissant à l'onglet B portant la mention«P.G. 2.2.9 A». Est également visé le forfait prévu à l'entente particulière « CHSGS / unité de soins coronariens ou de soins intensifs »(8896, 8897 ou 9997). . . . . **MOD 045**

RÈGLE **2.2.9 B** : Majoration de 20 % de tous les services dispensés de 8h à 24h le week-end ou les jours fériés dans un service d'urgence de première ligne et d'un CLSC du réseau de garde intégré. . . . . **MOD 108**

RÈGLE **2.2.9 C** : Majoration de 4 % des examens effectués auprès d'un malade ADMIS en soins de courte durée d'un CHSGS. . . . . **MOD 127**

RÈGLE **2.4.7.3 A** : Supplément d'honoraires pour une assistance chirurgicale le week-end, les jours fériés ou tout autre jour de 19h à 7 h . . . . . **MOD 011**

MODIFICATEURS MULTIPLES

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constan de multi
009 - 093	080	-----
009 - 094	081	-----
045 - 094	226	1,10
045 - 061	255	1,10
#045 -125	269	0,4565
#045 -126	273	0,4565
045 -127	276	1,14
#045-151	295	0,8195
#045 - 094 - 125	305	0,4565
#045 - 094 - 126	306	0,4565
#045 - 094 - 151	312	0,8195
046 - 050	253	0,55
046 - 094	225	1,10
050 - 093	086	0,50
050 - 108	275	0,60
#050 - 125	266	0,2075
#050 - 126	270	0,2075
#050 - 151	292	0,3725
050 - 106 -108	307	0,27
061 - 094	210	-----
061 - 094 - 108	313	1,20
061 - 108	523	1,20
093 - 094	095	-----
#093 - 125	267	0,4150
#093 - 126	271	0,4150
#093 - 151	293	0,7450

094 - 096	213	0,50
094 - 097	214	0,90
094 - 101	227	1,10
094 - 105	234	0,45
094 - 106	235	0,45
094 - 107	236	0,45
094 - 108	274	1,20
#094 - 125	268	0,4150
#094 - 126	272	0,4150
094 - 127	277	1,04
#094 - 151	294	0,7450
094 - 096 - 108	309	0,60
094 - 106 - 108	300	0,54
096 - 108	278	0,60
106 - 108	237	0,54
Autres combinaisons	062, 099	à calculer

Qu’est-ce qui donne lieu à une enquête de la RAMQ ?

- Profil déviant
- Hasard : enquêtes postales auprès des patients
- Dénonciation
- Systématisation de la facturation

Lors d'une enquête, qu'est-ce que je dois faire ?

Aviser son Association

- Solliciter le support d'un confrère
- Aviser l'ACPM et accepter l'aide d'un conseiller juridique
- Recevoir l'enquêteur sur rendez-vous après avoir pris connaissance des motifs de l'enquête
- Lire articles dans *Le Médecin du Québec* de février, mars et avril 2006

Demande d'inscription du professionnel de la santé

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600, Québec (Québec)

G1K 7T3

(Ce formulaire est joint à votre copie)

Facturation à l’acte - CSST

- Facturation à la RAMQ
- Mention « S » à la case C/S et date de l’accident
- Codes spécifiques pour services administratifs
- Mêmes codes pour examens et actes
- Complétez les formulaires médico-administratifs

Facturation à l'acte – Canada hors Québec

- Québec pas signataire de l'entente interprovinciale pour services professionnels
- N'êtes donc pas tenu de respecter tarifs de la RAMQ
- Pouvez facturer directement patient mais devez compléter formulaire interprovincial pour remboursement du patient
- Si vous facturez directement province d'origine, elle risque de payer soit tarif RAMQ, soit tarif de la province (le moindre des deux)

Facturation à l'acte – services aux tiers

- Services non médicalement requis généralement pas assurés (exceptions prévus à l'entente)
- Peut s'agir d'examens ou de tâches administratives
- S'assurer de facturer assureurs, avocats, etc. pour services rendus

Facturation à l'acte - non assuré

- Billets d'absence maladie
- Renouvellements téléphonique de prescription
- Résumés de dossier (à la demande du patient)
- Esthétique

Services non assurés - objections

- Peur de rejet par patients
- Trouble administratif
- Peur de perdre des patients
- Peur d’être différent des autres
- « Je ne suis pas à l’argent »

Services non assurés - Pourquoi les facturer ?

- Faire reconnaître la valeur de votre temps
- Réduire le nombre de demandes et la perte de temps
- Grille de tarifs recommandés (FMOQ et associations locales)
- Vous payez des frais - services non-assurés peuvent en réduire le fardeau
- Vous êtes en affaires

Questions ?

Merci