
Médecine familiale Nouveau-Brunswick

Guide de rémunération

FEVRIER, 2022

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NOUVEAU-BRUNSWICK ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Table des matières

Chapitre un – Introduction	2
1.0 Aperçu	2
1.1 Modèle	3
Organismes de gouvernance	3
Rémunération des médecins	3
Emplacement du cabinet – Emplacement 19	3
Horaire prolongé	3
Groupes MFNB	4
Système de dossiers médicaux électroniques (DME)	4
Se joindre au programme	4
Chapitre deux – Inscription	5
2.0 Inscription des patients	5
2.1 Statut d’inscription	5
2.2 Exceptions	6
2.3 Liste préliminaire de patients	7
2.4 Services aux patients non inscrits	7
Chapitre trois – Rémunération	8
3.0 Mode de paiement mixte (MPM)	8
3.0.1 Rémunération forfaitaire par patient	8
3.0.2 Rémunération à l’acte	8
3.1 Ajustements en fonction de l’accès	9
3.2 État du rapprochement des paiements de l’Assurance-maladie	10
3.3 Revenu Fixe (6 premiers mois)	10
Une fois qu’un médecin passe au mode de paiement mixte, il ne peut plus revenir au revenu fixe. ...	11
Chapitre quatre– Règles de facturation de l’Assurance-maladie modifiées	11
4.0 Règles de facturation	11
4.1 Code 210 – Communication du personnel du Programme extra-mural et Code 1898 – Warfarine – Surveillance du traitement à long terme	11
4.2 Infirmière en cabinet	12
4.3 Code de service 849 – Visites par voie électronique	13
4.4 Code de service 850 – Visites par téléphone	13

4.5 Services payables à 100 %.....	14
4.6 Facturations non MFNB (pendant la période de revenu fixe)	14
Chapitre cinq – Médecins suppléants (locum).....	16
Chapitre six – Aide pour les coûts indirects	17
6.0 Système de dossiers médicaux électroniques (DME)	17
6.1 Versement pour les coûts indirects	18
Chapitre sept – Renseignements concernant l’Assurance-maladie	19
7.0 Comptes	19
7.1 Vérification	19
7.2 Demandes de renseignements	20
Chapitre huit – Formation MFNB.....	21
8.0 Formation du ministère de la Santé – Assurance-maladie	21
8.1 Formation de la Société médicale du Nouveau-Brunswick – Opérations de MFNB.....	21
8.2 Formation des fournisseurs de DME.....	21
8.3 Spécialiste de l’amélioration des processus	21
Chapitre neuf – Conclusion.....	22
Annexe A : Services offerts par MFNB (Facturé en lieu 1 et 19).....	23
Annexe B : Services en cabinet exclus, facturables à 100 %.....	25
Annexe C : Codes de facturation et tarifs des services fournis par les I.I. et les I.A.A. dans le cadre du programme MFNB	26
Annexe D : Formulaire de facturation manuelle, aide pour les coûts indirects des médecins de MFNB ..	27
Annexe E : Entente d’obligation de service des médecins de Médecine familiale Nouveau-Brunswick ...	28

Chapitre un – Introduction

Financé par la province, le programme Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB) est mis en oeuvre par la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) dans le but d'améliorer l'accès des patients aux médecins de famille en encourageant les médecins de famille à travailler en groupes et à offrir un horaire prolongé de soins. Le programme MFNB fait partie de l'entente-cadre sur les services des médecins, annexe V, et est régi par un Comité de gestion de programme (CGP) composé de représentants de la SMNB et du ministère de la Santé (MS).

À titre de rappel, en 2016, la SMNB a proposé un nouveau modèle de médecine familiale à mettre en oeuvre et à optimiser en collaboration avec le MS. Le programme encourage des améliorations telles qu'un horaire prolongé, un meilleur accès des patients, des fournisseurs de soins de santé travaillant en équipe et une facilité de recrutement des médecins. La viabilité et la prudence financières sont des éléments nécessaires du programme. Le programme MFNB crée une structure qui soutient les médecins de famille dans leur travail.

1.0 Aperçu

Le programme MFNB est fondé sur les pratiques exemplaires en matière de systèmes de médecine familiale observés dans d'autres provinces et régions du monde, dans le but d'améliorer l'efficacité de la médecine familiale tout en assurant sa viabilité.

En voici les principes directeurs :

- Démarche en matière de soins axée sur le patient;
- Responsabilité et viabilité financières;
- Accès rapide et selon une perspective longitudinale aux professionnels de la santé;
- Approche interprofessionnelle fondée sur le travail d'équipe pour les fournisseurs de soins;
- Plein usage d'un système de dossiers médicaux électroniques (DME);
- Intégration des soins entre les secteurs;
- Accent sur la prévention des maladies, l'autogestion de la santé et la gestion des maladies chroniques;
- Des professionnels de la santé productifs et soucieux de la qualité.

Voici les éléments clés du programme :

- Groupes de médecins MFNB
- Horaire prolongé
- DME
- Mode de paiement mixte dans le cadre d'un système provincial de DME
 - Rémunération forfaitaire par patient (ou *capitation*) fondée sur la liste des patients
 - Tarif réduit de rémunération à l'acte
- Règles de facturation modifiées
 - Services infirmiers
 - Nouveaux codes pour les consultations à distance
- Versement pour les coûts indirects
- Spécialiste de l'amélioration des processus

1.1 Modèle

Organismes de gouvernance

Les opérations quotidiennes du programme MFNB, y compris le recrutement, sont gérées par les Opérations de MFNB qui font partie de la SMNB. Les décisions touchant MFNB sont prises dans le cadre de négociations entre la SMNB et le (MS), par le biais du Comité de gestion du programme (CGP), concernant la gestion des volets cliniques du programme et la résolution des conflits entre les médecins. Le CGP est responsable des décisions définitives concernant toute modification du programme.

Le Groupe de gérance des médecins (GGM) est un sous-comité du CGP composé de médecins, dont un médecin de chaque groupe MFNB, qui fournit des recommandations au CGP concernant le programme au nom des médecins.

Rémunération des médecins

Le modèle de rémunération des médecins de MFNB comprend quatre composantes : les composantes un et deux constituent le mode de paiement mixte (MPM); et les composantes trois et quatre sont des mesures incitatives.

1. Rémunération forfaitaire par patient (parfois appelée *capitation*) au prorata de la population de patients
2. Tarif réduit de rémunération à l'acte pour les services en cabinet
3. Modification des règles de facturation pour tenir compte des services fournis par le personnel infirmier du cabinet, ainsi que de la création de nouveaux codes de service pour les visites par voie électronique et par téléphone
4. Aide pour les coûts indirects, y compris les paiements des coûts associés à un système de dossiers médicaux électroniques et le versement annuel pour les coûts indirects

Emplacement du cabinet – Emplacement 19

Tout au long du présent document, toute référence à l'emplacement 1 – Cabinet comprend l'emplacement temporaire 19 – Soins virtuels, pendant l'utilisation de l'emplacement. Toutes les règles associées à l'emplacement 1 s'appliquent à l'emplacement 19 qui fait partie du programme MFNB.

Horaire prolongé

L'horaire prolongé est un élément obligatoire du programme MFNB. Les exigences varient en fonction du milieu rural ou urbain. Les médecins ne sont pas tenus de travailler plus longtemps, mais ils peuvent choisir de commencer leur journée de travail plus tôt ou plus tard et d'adapter leur horaire en conséquence. Pendant qu'un médecin est en congé et qu'un médecin suppléant le remplace, les responsabilités du groupe doivent être maintenues. Par exemple, le groupe peut décider d'assumer les responsabilités liées aux heures supplémentaires du médecin en congé, ou le médecin suppléant peut effectuer ces tâches exactement comme l'aurait fait le médecin en congé.

Urbain – Période de 2,5 heures, **quatre jours par semaine** (du lundi au vendredi), à l'extérieur du créneau de 8 h à 17 h, et une période de trois heures le week-end.

Rural – Période de 2,5 heures, **deux jours par semaine** (du lundi au vendredi), à l'extérieur du créneau de 8 h à 17 h, et une période de trois heures le week-end.

Groupes MFNB

Les médecins sont tenus de travailler en groupe dans le cadre du modèle MFNB. Le groupe doit compter deux (2) médecins ou plus. Il incombe aux médecins de déterminer la taille du groupe, ce qui leur permet de se remplacer lors des absences et de partager leur horaire prolongé pour assurer l'accès rapide en temps voulu à tous les patients rattachés au groupe MFNB. Dans la mesure du possible, les médecins doivent fournir les services aux patients le jour même ou le lendemain. Et grâce au système de DME approuvé par MFNB, les médecins peuvent mettre en commun les dossiers des patients afin de maintenir un dossier de santé complet.

Système de dossiers médicaux électroniques (DME)

Chaque médecin membre du programme MFNB doit soumettre des demandes de paiement électroniques à l'Assurance-maladie par l'intermédiaire du système de dossiers médicaux électroniques (DME) approuvé par MFNB, qui a été expressément adapté aux éléments du programme. Le système provincial de DME permet aux médecins d'inscrire officiellement les patients à leur cabinet et d'accéder aux dossiers des patients inscrits sur les listes des autres médecins de leur groupe MFNB afin de garantir des soins complets aux patients. Pour plus d'information, voir la *section 6.0 – Système de dossiers médicaux électroniques (DME)*.

Se joindre au programme

Les médecins peuvent demander de se joindre au programme MFNB en tant que groupe en soumettant au GGM le formulaire de demande de MFNB. Chaque médecin doit également signer *l'Entente avec les médecins membres du groupe MFNB* une fois que sa demande aura été approuvée. Les médecins commencent à recevoir des paiements forfaitaires réguliers par patient à partir de la « date de mise en vigueur », ou de leur première date de pratique dans le programme MFNB pour leurs patients inscrits ou inscrits temporairement. Les médecins peuvent également se joindre à un groupe MFNB permanent désireux de croître, en soumettant le formulaire de demande MFNB. Après approbation, ils devront signer *l'Entente d'adhésion* de *l'Entente avec les médecins membres du groupe MFNB*.

Pendant la transition vers le programme MFNB, le MS offre un mode de paiement transitoire pour mettre en place une rémunération fixe pour une durée de 6 mois. Cela permettra aux médecins adhérant à MFNB de bénéficier d'un niveau de sécurité de revenu.

Chapitre deux – Inscription

2.0 Inscription des patients

L'inscription des patients est le processus par lequel les médecins de famille inscrivent officiellement les patients à leur cabinet en leur faisant signer un *Formulaire d'inscription du patient* qui présente les attentes des deux parties. L'inscription est un élément clé des modèles de soins primaires qui a été adopté dans d'autres provinces. L'inscription du patient est un élément fondamental du médecin de MFNB, car elle sert à officialiser le lien entre lui et le patient.

L'inscription du patient est un engagement mutuel entre le patient et le médecin dans lequel :

- ✓ Le patient demande que son médecin attitré ou un fournisseur associé du groupe de MFNB s'occupe de ses problèmes médicaux primaires, à l'exception de ses besoins en matière de soins d'urgence imminents;
- ✓ Le médecin accepte de donner des soins exhaustifs à son patient rapidement, c'est-à-dire le jour même ou le lendemain dans la mesure du possible.

Cet engagement mutuel établit le lien entre le patient et le fournisseur de soins dans le cadre d'une entente officielle qui avantage à la fois les patients et les fournisseurs de soins tout en assurant l'amélioration continue des soins aux patients.

Chaque patient du programme MFNB est inscrit au registre de son médecin de famille personnel et ne peut figurer qu'au registre d'un seul médecin. Pour plus d'information, veuillez consulter le « Guide MFNB d'inscription des patients ». MFNB encourage fortement les patients à communiquer avec leur médecin ou le groupe de leur médecin avant de demander des soins à une clinique ouverte après les heures normales.

2.1 Statut d'inscription

Voici les divers statuts d'inscription pouvant s'appliquer au patient :

Statut d'inscription	Description	Délai d'expiration	Paiement forfaitaire par patient?	Rémunération à l'acte?
Inscrit temporairement	Les patients téléchargés et les patients ajoutés par l'Assurance-maladie peuvent avoir ce statut. Ce statut ne fait pas partie du DME.	2 ans à partir de la date de mise en vigueur	Oui	Tarif réduit
Inscrit	Formulaire d'inscription du patient nécessaire	Aucun	Oui	Tarif réduit
Exception de la liste d'inscriptions	Le patient est atteint de l'une des maladies indiquées (voir la <i>section 2.2</i>)	Aucun	Non	100 %
Indécis	Le patient n'est pas prêt à signer le formulaire d'inscription du patient	60 jours après la date de mise en vigueur	Oui	Tarif réduit

	et veut plus de temps pour y penser.			
Refuse de s'inscrire	Le patient refuse de signer le formulaire d'inscription du patient. Le patient peut consulter un médecin de MFNB pendant 1 année, mais doit ensuite trouver un nouveau médecin de famille.	1 an après la date de mise en vigueur	Non	100 %
Désinscrit	Le médecin a décidé d'éliminer le patient de son cabinet. Le patient peut demander des soins au médecin MFNB pendant 1 an, mais doit ensuite trouver un nouveau médecin de famille.	1 an après la date de mise en vigueur	Non	100 %

2.2 Exceptions

Des patients de tous âges sont atteints de troubles et d'affections nécessitant des soins médicaux importants. Le concept d'« exception de la liste » s'applique à ces patients. Les patients atteints d'affections importantes sont considérés comme faisant partie de la pratique des médecins de MFNB, mais sont exemptés de la méthode de paiement de MFNB. Le médecin facturera les honoraires traditionnels de rémunération à l'acte à 100 % pour ses soins et ne sera pas soumis à des ajustements en fonction de l'accès pour la recherche de soins dans les cliniques sans rendez-vous ni de paiements forfaitaires. Une liste de ces troubles et affections a été proposée par le GGM et approuvée par le CGP.

Voici la liste actuelle des troubles et des affections qui feront en sorte qu'un patient fera exception :

- ✓ Les troubles psychotiques comme la schizophrénie, le trouble de la personnalité limite et les troubles bipolaires;
- ✓ Cancer associé à une chimiothérapie ou à une radiothérapie systémique actuelle, ou en phase palliative;
- ✓ Les maladies motoneuronales, telles que la sclérose latérale amyotrophique (SLA);
- ✓ La sclérose en plaques;
- ✓ En traitement de la toxicomanie, du sevrage ou de la désintoxication (sauf la tabacomanie).

La liste peut être mise à jour périodiquement par le CGP.

- ✓ Pour indiquer qu'un patient fait exception, le médecin de MFNB doit inscrire le statut d'exception dans le système provincial de DME ou lors du processus initial d'inscription, comme l'indique le *Guide d'inscription des patients de MFNB*.
- ✓ Si le médecin constate qu'un problème de santé ne fait pas partie de la liste des maladies à exclure et qu'il devrait en faire partie, il peut en faire la demande au GGM, qui peut envisager d'en recommander l'ajout.
- ✓ Le CGP doit approuver toute suppression de la liste des conditions d'exception ou tout ajout à cette dernière.
- ✓ Il n'y a pas de limite au nombre d'exceptions de la liste par médecin ou groupe MFNB.

2.3 Liste préliminaire de patients

Dans le cas des médecins qui exercent dans un cabinet établi, l'Assurance-maladie générera une liste préliminaire de patients pour examen par les médecins. Il s'agit d'une liste de patients qui ont consulté ce médecin plus que tout autre au cours des trois (3) dernières années pour des services en cabinet. Les médecins qui utilisent déjà un système de DME peuvent également utiliser la liste de patients de leur système de DME. Les patients se verront attribuer un statut de patient inscrit temporairement pour une période de 750 jours, après quoi ils perdront ce statut. Les patients sont officiellement inscrits sur la liste une fois que le formulaire d'inscription du patient a été signé et scanné et que le statut de la liste a été mis à jour dans le système de DME. Les médecins qui reprennent des cabinets existants ou les patients d'un médecin permanent peuvent contacter MFNB pour discuter de la création de listes de patients.

2.4 Services aux patients non inscrits

Les services en cabinet donnés aux patients non inscrits (à l'exception des procédures effectuées au cabinet payables à 100 %) sont payables à 0, sauf si une raison valable est donnée (pour plus d'information, consultez le **Guide de facturation MFNB/DME**). Les raisons doivent être approuvées par le GGM et le CGP.

Chapitre trois – Rémunération

3.0 Mode de paiement mixte (MPM)

Le programme de rémunération MFNB offre un type différent de rémunération aux médecins. Le mode de paiement mixte (MPM) compte deux (2) éléments clés : la rémunération forfaitaire par patient (ou capitation) et le tarif réduit de rémunération à l'acte.

3.0.1 Rémunération forfaitaire par patient

Les patients sont officiellement inscrits sur la liste des médecins MFNB qui exercent dans le cadre du programme. En fonction des patients qui figurent sur leur liste, les médecins reçoivent un montant annuel par patient qui est réparti au prorata en paiements hebdomadaires, que les patients reçoivent ou non des soins au cours d'une année donnée.

- ✓ Les paiements pour les patients varient en fonction des ratios applicables aux diverses cohortes d'âge et de sexe. Des modificateurs selon l'âge et le sexe sont appliqués à la valeur de base.
- ✓ À la réception de la liste initiale et approuvée des patients à inscrire (inscrits temporairement, résidents dont le dossier a été chargé préalablement), l'Assurance-maladie commencera à verser au médecin le bon montant forfaitaire pour chaque patient. Les paiements forfaitaires par patient seront rajustés pour chaque patient additionnel inscrit sur la liste du cabinet.
- ✓ La valeur de la rémunération forfaitaire annuelle est calculée au prorata en montants quotidiens à verser aux médecins à la quinzaine tout au long de l'année.
- ✓ L'Assurance-maladie récupérera les paiements alloués par patient dans le cas d'erreurs.

Age Category	Male	Female
00-04	0.91	0.85
05-09	0.47	0.47
10-14	0.35	0.40
15-19	0.35	0.72
20-24	0.31	0.81
25-29	0.35	0.91
30-34	0.44	1.01
35-39	0.55	1.05
40-44	0.61	1.07
45-49	0.69	1.09
50-54	0.82	1.19
55-59	0.98	1.28
60-64	1.15	1.38
65-69	1.38	1.55
70-74	1.86	1.94
75-79	2.11	2.12
80-84	2.29	2.13
85-89	2.34	2.05
90+	2.11	1.73

Le tarif forfaitaire de base est de **96.09 \$**. Il est établi par le CGP. Il est calculé pour chaque patient inscrit en appliquant son ratio selon l'âge et le sexe au tarif de base. Ce ratio est conçu pour refléter le niveau moyen de soins de chaque catégorie démographique. Le paiement forfaitaire par patient sera calculé quotidiennement pour tenir compte des changements dans la composition de la liste de patients inscrits et rémunérer les médecins de manière appropriée à la quinzaine.

3.0.2 Rémunération à l'acte

Un médecin qui exerce la médecine dans le cadre du programme MFNB doit continuer de facturer tous les services assurés donnés aux patients conformément au *barème des honoraires du Nouveau-Brunswick* présenté dans le *Manuel des médecins*.

- ✓ Le médecin facture tous les services assurés donnés dans son cabinet aux patients inscrits au tarif réduit de rémunération à l'acte de MFNB, à l'aide des codes de facturation existants. Des exemples de codes de visites en cabinet sont donnés à l'**annexe A**; mais il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de codes de visite en cabinet à l'intention des omnipraticiens, et une révision du *Manuel des médecins* est **NÉCESSAIRE**.

- ✓ Un certain nombre de services en cabinet ont été recensés comme étant facturables à 100 % du tarif de base pour tous les patients, car ils peuvent être offerts aux patients inscrits et non inscrits. (**Annexe B**). Pour les codes de procédure supplémentaires, veuillez consulter le *Manuel des médecins*.
- ✓ Les services effectués à l'extérieur du cabinet du médecin, comme le travail à l'hôpital (patients hospitalisés, patients en consultation externe, quarts de travail à l'urgence), dans les foyers de soins, à domicile, etc., sont facturables à 100 % du tarif courant, étant donné qu'ils sont effectués dans un emplacement autre que l'emplacement 1 – Cabinet.
- ✓ Les médecins de MFNB **ne peuvent pas** facturer le code de service 3 « Clinique sans rendez-vous – visite », car ils n'ont pas le droit de travailler dans des cliniques ouvertes après les heures désignées. Par contre, on s'attend à ce qu'ils offrent un horaire prolongé de service aux patients de leur groupe MFNB.

3.1 Ajustements en fonction de l'accès

Chaque patient inscrit auprès d'un médecin de MFNB doit signer le *formulaire d'inscription du patient* de MFNB reconnaissant qu'il comprend et accepte de respecter les modalités précisées sur le formulaire. La participation du patient au programme dépend de sa volonté à accéder à son propre médecin de MFNB ou au groupe de médecins de MFNB dont son médecin fait partie pour obtenir des soins et, dans la mesure du possible, à profiter de l'horaire prolongé en semaine et le week-end. Si un patient ne respecte pas les modalités du programme, le médecin peut choisir de l'éliminer de sa liste de patients, comme l'explique le *Guide pour la désinscription d'un patient*.

Lorsqu'un code 3 – Clinique sans rendez-vous est facturé pour un patient inscrit d'une clinique désignée ouverte après les heures normales, le montant est soustrait du prochain paiement forfaitaire versé au médecin traitant, et la visite apparaîtra sur l'*État du rapprochement des paiements*.

L'objectif de l'ajustement en fonction de l'accès est d'encourager les médecins de MFNB à fournir à leurs patients un accès rapide ainsi qu'un horaire prolongé afin que les patients rattachés au groupe MFNB ne soient pas obligés de se faire soigner dans des cliniques sans rendez-vous après les heures d'ouverture. Les médecins de MFNB ne sont pas autorisés à travailler dans ces établissements ou à facturer le code 3.

- ✓ Si un autre membre du groupe MFNB voit le patient, et non pas le médecin affecté original, il n'y a pas d'ajustement.
- ✓ L'ajustement en fonction de l'accès s'applique uniquement au code 3 facturé dans des cliniques sans rendez-vous ouvertes après les heures désignées.
- ✓ La section sur l'ajustement en fonction de l'accès de l'*État du rapprochement des paiements* indiquera le nom du patient, la date du service et le montant récupéré auprès du médecin affecté.
- ✓ Aucun ajustement en fonction de l'accès ne sera appliqué au médecin affecté pour les trois premiers mois de sa participation au programme MFNB. Au bout de trois mois, les ajustements en fonction de l'accès sont appliqués, que le patient ait signé ou non le *formulaire d'inscription du patient*, à la condition que le patient demeure sur la liste des patients du médecin.
- ✓ Aucun ajustement en fonction de l'accès ne s'appliquera à l'utilisation d'autres fournisseurs de soins par les patients exemptés. Le *code 8107 – Frais d'ouverture de dossier* pourrait apparaître dans la section Ajustement en fonction de l'accès du relevé pour aviser le médecin qu'un dossier

a été ouvert pour l'un de ses patients par un autre médecin. Si cela se produit, le médecin doit communiquer avec le patient ou le désinscrire. (voir le chapitre deux – Inscription)

- ✓ Les ajustements en fonction de l'accès du médecin continuent jusqu'à ce qu'il ait atteint la limite des déductions, qui est de 25 % de sa valeur totale de rémunération forfaitaire par patient.
- ✓ Si le médecin croit qu'un ajustement a été fait incorrectement, il peut contester la décision auprès du GGM, qui examinera s'il faut ou non inverser le processus. De plus, le GGM examinera s'il faut ou non modifier les règles, mais le Comité de gestion du programme (CGP) doit approuver tout changement apporté au modèle de rémunération.
- ✓ Des ajustements en fonction de l'accès peuvent également avoir lieu si le médecin part en congé, qu'il ait ou non un remplaçant. *Voir la directive 10 – Remplacement des médecins rémunérés conformément au modèle Médecine familiale Nouveau-Brunswick.*

3.2 État du rapprochement des paiements de l'Assurance-maladie

Comme tous les autres médecins, les médecins de MFNB reçoivent à la quinzaine des *états du rapprochement des paiements* de l'Assurance-maladie par le biais du système de communication électronique aux médecins (ECP). Les relevés reflètent le statut de paiement des demandes qui ont été facturées, ainsi que les ajustements en fonction de l'accès, la ventilation de la liste et le montant que le médecin a reçu pour le cycle de rémunération de deux (2) semaines. Bien que le système de DME comporte un élément de rapprochement, il est essentiel que les médecins revoient régulièrement leurs *États du rapprochement des paiements* de l'Assurance-maladie, car c'est le dernier mot sur la façon dont les demandes de remboursement ont été traitées. Dans certains cas, il peut être nécessaire de soumettre à nouveau les demandes de remboursement ou de fournir des informations supplémentaires avant qu'une demande puisse être traitée correctement.

3.3 Revenu Fixe (6 premiers mois)

Le revenu fixe est un revenu bihebdomadaire, que les médecins peuvent choisir de recevoir lors de la transition vers le programme. Le revenu fixe a été conçu pour atténuer les risques et faciliter la transition vers le programme MFNB.

Pour les premiers 6 mois, les médecins ont la possibilité de recevoir le revenu fixe, qui sera réparti au prorata en paiements bihebdomadaires **OU** d'être payés directement selon le mode de paiement mixte (MPM). Ils seront payés selon le MPM à partir du 7^{ème} mois.

Le revenu fixe est basé sur :

1. La meilleure des deux dernières années de facturation à l'acte **en cabinet** (le calcul est basé sur les dates de paiement) au prorata de 6 mois pour 13 paies; ou
2. La valeur du revenu d'un omnipraticien établi par le ministère de la santé (pour une période de 13 paies) – pour les nouveaux médecins ou les médecins permanents dont les antécédents de facturation en cabinet sont insuffisants au Nouveau-Brunswick. Les régies régionales de la santé (RRS)/zones devront fournir à l'Assurance-maladie et à la SMNB une copie de la lettre d'offre

d'emploi, décrivant les attentes en matière de pratique des médecins à qui l'on offre le revenu de 6 mois d'un omnipraticien dans le cadre du programme MFNB.

Tous les nouveaux médecins sans antécédents de facturation à l'acte, ou les médecins permanents, dont les antécédents de facturation sont insuffisants au Nouveau-Brunswick, et qui choisissent de recevoir le revenu fixe d'une durée de 6 mois, doivent signer une entente d'obligation de service avec le ministère de la Santé, essentiellement sous la forme figurant à l'**annexe E**.

Une fois qu'un médecin passe au mode de paiement mixte, il ne peut plus revenir au revenu fixe.

Chapitre quatre– Règles de facturation de l'Assurance-maladie modifiées

4.0 Règles de facturation

Bien que les médecins de MFNB soient tenus de facturer les services assurés conformément au *barème des honoraires du Nouveau-Brunswick* (selon le *Manuel des médecins*), le modèle de rémunération de MFNB a modifié les règles de facturation de l'Assurance-maladie pour permettre la présentation de factures pour les services fournis par les infirmières immatriculées (I.A.) ou les infirmières auxiliaires autorisées (I.A.A.) (*À noter que le terme féminin est utilisé afin d'alléger le texte, sans préjudice pour la forme masculine*). De nouveaux codes ont également été créés pour les consultations par courrier électronique et par téléphone à l'usage exclusif des médecins de MFNB.

4.1 Code 210 – Communication du personnel du Programme extra-mural et Code 1898 – Warfarine – Surveillance du traitement à long terme

Des discussions entre le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick ont permis de déterminer que lors de la facturation du code de service 210 – Communication du personnel du Programme extra-mural ou du code 1898 - Warfarine – Surveillance du traitement à long terme pour les patients inscrits auprès du fournisseur de MFNB ou d'un membre de son groupe MFNB, il faut utiliser l'emplacement 1 - Cabinet et facturer les services sur le compte de facturation de l'Assurance-maladie de MFNB du médecin durant la période de revenu fixe .

Patient MFNB? O/N	État d'inscription	Emplacement à facturer	Montant (druant RMG)	%
O	inscrit, inscrit temp., indécis	1	MFNB	50 %
O	exception, exclus (inclus patient orphelins), refuse de s'inscrire	1	MFNB	100 %
N (orphelin)	S.O.	Emplacement applicable (autre que l'emplacement 1)	Non MFNB	100 %

4.2 Infirmière en cabinet

MFNB encourage les médecins à embaucher des I.I. ou des I.A.A. dûment autorisées par leur organisme de réglementation professionnelle à fournir des soins afin de maximiser l'accès des patients. Les médecins de MFNB sont autorisés à facturer les services applicables donnés par les I.I. et les I.A.A.

- ✓ Le médecin doit embaucher les I.I. et les I.A.A. à titre privé. Il n'y a pas de relation financière entre le ministère de la Santé et les infirmières dans le cadre du programme MFNB.
- ✓ Les médecins de MFNB facturent le travail de bureau accompli par le personnel infirmier, que le patient consulte physiquement un médecin ou non.
- ✓ Comme les services donnés par l'I.I. ou l'I.A.A. sont facturés sous le numéro de praticien du médecin, les règles de facturation pour un seul fournisseur de soins s'appliquent.
- ✓ Les demandes de remboursement doivent être soumises en vertu du **Rôle 7 – Infirmière**.
- ✓ Les médecins ne sont pas tenus d'être sur place.
- ✓ Les médecins sont chargés de veiller à ce que le travail effectué et facturé soit conforme aux normes prescrites dans le *Manuel des médecins*.
- ✓ Certains codes sont payables à 100 % s'ils font partie de la liste des codes figurant à l'**annexe B** du présent document.
- ✓ Les services fournis et le tarif réduit de la rémunération à l'acte associés aux services fournis par les I.I. et les I.A.A. sont indiqués à l'**annexe C** du présent document.

À noter : Si l'infirmière et le médecin fournissent le même service lors du même rendez-vous, un seul peut être facturé.

4.3 Code de service 849 – Visites par voie électronique

Le programme MFNB offre un moyen de rémunérer les médecins qui fournissent des services cliniques aux patients par voie électronique plutôt qu'en personne dans leur cabinet pour le diagnostic ou le traitement d'un problème médical. Les médecins de MFNB pourront communiquer avec les patients par courriel sécurisé, si leur système de DME comprend la fonctionnalité nécessaire. La communication sera consignée dans le dossier médical électronique du patient.

- ✓ Le **code de service 849 – Visite par voie électronique** a été créé.
- ✓ Le patient doit être à l'origine de la conversation.
- ✓ Lorsqu'ils utilisent la fonction de visite par voie électronique, les médecins ou le personnel infirmier doivent utiliser le système de DME pour communiquer en toute sécurité avec les patients.
- ✓ La visite par voie électronique doit concerner une demande de renseignements cliniques et un problème de santé – c'est-à-dire qu'elle ne doit pas porter sur des besoins administratifs, tels que la prise d'un rendez-vous, et ne doit pas toucher les soins de suivi habituels, tels que la transmission des résultats d'un test ou le renouvellement d'une ordonnance.
- ✓ Le code 849 n'est facturable que si la communication est effectuée par un médecin ou un membre du personnel infirmier. Il ne s'applique pas au personnel administratif.
- ✓ Les médecins peuvent assurer le niveau de soins approprié en demandant au patient de se présenter en personne au besoin.
- ✓ Une seule visite par voie électronique par patient par jour peut être facturée. Les échanges téléphoniques multiples font partie du même service, et une seule communication peut être facturée.

Le tarif du code 849 – Visite par voie électronique est fixé à **18,72 \$** pour les médecins et à **17,68 \$** pour le personnel infirmier (voir l'**annexe C**). On peut facturer les visites en cabinet le même jour pour le même patient lorsqu'un code de visite par voie électronique (Code 849) est facturé, mais on ne peut pas facturer une visite par téléphone (Code 850) le même jour.

4.4 Code de service 850 – Visites par téléphone

Le programme MFNB offre un moyen de rémunérer les médecins qui fournissent des services cliniques par téléphone aux patients plutôt que de les voir en personne dans leur cabinet pour le diagnostic ou le traitement d'un problème médical. Les visites par téléphone doivent être consignées dans le dossier médical du patient.

- ✓ Le **code de service 850 – Visite par téléphone** a été créé.
- ✓ Le code de service 8101 – Visite en cabinet, en supplément peut être facturé en sus à la valeur réduite de rémunération à l'acte à condition de respecter les critères nécessaires associés au code.

- ✓ Consultation effectuée par le patient **OU** par le médecin ou un membre de son personnel en tant que suivi médical d'un examen concernant un résultat anormal, ou consultation nécessitant un raisonnement et une action cliniques. (Voir les exemples ci-dessous.)
- ✓ La conversation doit être consignée dans le système de DME.
- ✓ Les communications relatives aux besoins administratifs, tels que la prise ou l'annulation de rendez-vous, les soins de suivi courants, comme l'appel d'un patient au sujet des résultats d'un test, ou la demande de renouvellement d'une ordonnance ne peuvent pas être facturées.
- ✓ La communication ne peut être facturée que si elle est effectuée par un médecin ou un membre du personnel infirmier. Ne s'applique pas au personnel administratif.
- ✓ Les médecins peuvent assurer le niveau de soins approprié en demandant au patient de se présenter en personne au besoin.
- ✓ Les services en cabinet peuvent être facturés le même jour pour le même patient lorsqu'un code de visite par voie électronique (Code 849) ou par téléphone (Code 850) est facturé le cas échéant.
- ✓ Une seule conversation téléphonique par patient par jour peut être facturée. (Les échanges téléphoniques multiples font partie du même service, et une seule communication téléphonique peut être facturée.)

Exemple:

- ✓ Le suivi d'un résultat **anormal** au test Pap ou à la radiographie lorsqu'un examen plus approfondi est nécessaire, une discussion médicale sur les prochaines étapes après une consultation avec un spécialiste, etc., serait approprié et admissible au code 850.
- ✗ Le suivi d'un résultat de test normal ou d'un renouvellement usuel de médicaments ne peut être facturé sous le code 850.

À noter : Tant que l'emplacement 19 – Soins virtuels est disponible, les codes applicables aux visites en cabinet peuvent être facturés si les consultations se font par téléphone, par opposition au code 850.

Tarif du code 850 – La visite par téléphone est de **18,72 \$** pour les médecins, et de **17,68 \$** pour le personnel infirmier (**voir l'annexe C**). Les visites en cabinet peuvent être facturées le même jour pour le même patient lorsqu'un code d'appel téléphonique (Code 850) est facturé, mais une visite par voie électronique (Code 849) ne peut pas être facturée le même jour.

4.5 Services payables à 100 %

Dans le cadre de négociations, on a déterminé que certaines procédures pratiquées en cabinet sont payables à 100 % pour les patients inscrits et non inscrits (**voir l'annexe B**).

4.6 Facturations non MFNB (pendant la période de revenu fixe)

Pendant la période de revenu fixe, tous les services fournis ailleurs qu'à l'emplacement 1 – Cabinet seront facturés sur un compte de facturation de l'Assurance-maladie non MFNB, quel que soit le statut du patient sur la liste, et sont admissibles à une facturation à 100 % de la rémunération à l'acte. Cela comprend les visites à domicile et dans les maisons de soins, les soins hospitaliers, les services de garde, les services dans le cadre d'un ARF, les services à la séance ou d'autres modalités de paiement. Les services fournis par le personnel en dehors de leur lieu de travail ne sont pas admissibles à la rémunération. Lorsque le médecin est rémunéré selon le MPM, tout service fourni ailleurs qu'à l'emplacement 1 – Cabinet continuera à être facturé à 100 %; toutefois, il sera facturé au même compte que les services de MFNB.

Emplacements

Emplacement 2 – Foyer de soins	Emplacement 3 – Salle d’urgence	Emplacement 4 – Résidence du patient
Emplacement 5 – Patient hospitalisé	Emplacement 6 – Unité de soins intensifs	Emplacement 7 – Service externe
Emplacement 8 – Télémédecine	Emplacement 9 – Foyer de soins spéciaux	Emplacement 11 – Centre de santé sexuelle

Chapitre cinq – Médecins suppléants (locum)

L'un des principes fondamentaux du programme MFNB est de promouvoir le travail d'équipe, en permettant la collaboration entre les médecins fournissant des soins primaires à un groupe de patients. Avant de demander un médecin suppléant, les médecins permanents, travaillant dans le cadre du modèle MFNB, doivent coordonner leurs vacances et leurs autres absences au sein de leur groupe.

Pendant un congé de courte durée, il est prévu que les autres membres du groupe MFNB soient disponibles pour offrir des services aux patients du médecin absent et couvrent l'horaire de travail prolongé du groupe. Si le groupe détermine qu'il n'est pas en mesure d'offrir les disponibilités aux patients d'un médecin travaillant dans le cadre du modèle MFNB pendant qu'il est en congé de longue durée (ex. : congé parental), ce dernier pourra engager un médecin suppléant à condition que certains critères soient remplis. Veuillez consulter la *Directive 10 de l'Assurance-maladie - Remplacement des médecins rémunérés conformément au modèle Médecine familiale Nouveau-Brunswick* pour obtenir des renseignements sur les exigences d'embauche et la rémunération des médecins suppléants.

Chapitre six – Aide pour les coûts indirects

Reconnaissant qu'il y a des coûts inhérents au travail d'équipe et à l'utilisation du système de DME et que ces deux éléments sont exigés par le programme MFNB, le MS aidera les médecins dans leurs coûts indirects de deux manières : le soutien du système de DME et le versement pour les coûts indirects.

6.0 Système de dossiers médicaux électroniques (DME)

Un forfait d'installation unique et le paiement des coûts opérationnels continus du système de DME sont offerts aux médecins de MFNB de la manière suivante.

- ✓ Les médecins doivent acheter le système de DME approuvé par MFNB afin de pouvoir facturer dans le cadre du programme MFNB. Cependant, le ministère de la Santé remboursera au médecin MFNB jusqu'à concurrence de 8 000 \$ du coût d'installation ponctuel.
- ✓ Des frais mensuels de DME seront remboursés au médecin MFNB par le ministère de la Santé.
- ✓ Si un médecin quitte le programme MFNB, il doit payer ses propres frais mensuels à partir de la date de sa sortie du programme.
- ✓ Si un médecin qui n'avait pas le système de DME approuvé par MFNB se retire du programme MFNB avant d'avoir complété six mois dans le programme, le ministère de la Santé lui demandera de rembourser le coût ponctuel du système de DME.
- ✓ Les niveaux de financement du système de DME approuvé par MFNB peuvent être modifiés par le ministère de la Santé, ce dernier devant donner un préavis au médecin.
- ✓ Les frais de toute formation additionnelle ou autres services devront être payés par les médecins de MFNB.

À partir du 1 mars 2021, le code de service 860 – MFNB Frais de service DME sera ouvert à la facturation par l'entremise du DME pour le remboursement mensuel. Les informations suivantes seront nécessaires :

Étape 1: Créer un nouveau patient

- Cliquez sur le bouton "Nouveau patient" dans la barre d'outils principale ou sélectionnez Patient -> Nouveau patient.
- Dans la fenêtre qui s'ouvre, sélectionnez "Ajouter local".
- Entrez l'information suivante pour le patient:
 - **Prénom:** FMNB
 - **Nom de famille:** Patient
 - **DDN:** 24/11/2020
 - **Le genre:** M
 - **#Assurance Maladie:** 521111112
 - **Province #Assurance Maladie:** NB

Étape 2: Créer une demande de facturation

- Cliquez sur le bouton "Facturation" dans votre barre d'outils principale, dans votre centre de travail ou dans le menu Finances -> Facturation
- Choisissez l'option "Ajouter" pour créer une nouvelle ligne de facturation
- Cherchez pour le patient créé, "Patient, FMNB"
- Entrez les informations de facturation suivant pour votre demande:
 - **Date du service:** date du mois pour laquelle les frais couvrent
 - **LDS :** MFNB (NON-MFNB pour les médecins qui reçoivent les revenu fixe)
 - **Code de service:** 860
 - **CIM-10:** Non requis
 - **Diagnostic** – Frais mensuel du DME – mois applicable
 - **Location:** 0 - Autre
 - **Rôle:** 0 - Général
 - **Unités:** 454
 - **Compte de service:** 1 (chaque mois doit être facturé séparément par chaque médecin)

6.1 Versement pour les coûts indirects

Chaque année, chaque médecin reçoit un versement annuel de 5 000 \$ pour les coûts indirects afin de l'encourager à embaucher des I.I. ou des I.A.A., à rénover son cabinet et à acheter d'autres technologies de l'information ou d'autre matériel pour son cabinet. Le paiement sera versé à chaque médecin de MFNB suivant la soumission d'une demande de financement au moyen d'une facture décrivant brièvement les dépenses, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par médecin par exercice financier du gouvernement, soit du 1^{er} avril au 31 mars.

Les frais doivent avoir été engagés durant l'année dans laquelle le paiement est demandé. Le médecin doit conserver dans son cabinet tous les reçus à ce sujet pour audit. Le ministère de la Santé a le droit d'effectuer des audits du médecin jusqu'à sept (7) ans suivant un versement.

Voici des exemples de dépenses admissibles :

- ✓ Salaire du personnel clinique, comme les I.I. ou les I.A.A.;
- ✓ Amélioration ou rénovation des espaces publics afin d'améliorer la capacité du cabinet;
- ✓ Ajout de technologie d'information pour améliorer la communication avec les membres du groupe;
- ✓ Équipement médical pour améliorer les services ou l'efficacité.

Veuillez consulter l'**annexe D**, *Formulaire de facturation manuelle – aide pour les coûts indirects pour les médecins de MFNB* sur le portail des médecins sur le site www.mfnb.ca.

Les médecins de MFNB qui travaillent dans un établissement appartenant au Réseau de santé Horizon ou au Réseau de santé Vitalité ne sont pas admissibles à la mesure incitative relative aux coûts indirects.

Chapitre sept – Renseignements concernant l'Assurance-maladie

7.0 Comptes

Pendant la période de revenu fixe

Pendant que les médecins sont rémunérés dans le cadre du revenu fixe, ils devront demander au moins **deux** comptes de facturation distincts de l'Assurance-maladie.

1. Un compte de facturation de MFNB pour toutes les facturations en cabinet et les paiements forfaitaires par patient – les facturations à l'acte **ne seront pas** payées par ce compte, mais l'état de rapprochement aura les détails sur la rémunération mixte et la liste de patients inscrits;
2. Un compte de facturation Non MFNB pour tous les services effectués à l'extérieur du cabinet – les facturations à l'acte **seront** payées par ce compte.

Ces comptes sont uniquement destinés à la facturation. Il n'est pas nécessaire d'avoir plusieurs comptes bancaires, car les médecins peuvent relier les deux comptes de facturation au même compte bancaire. Le paiement sera versé dans le compte bancaire indiqué au moment de la création des comptes de facturation de l'Assurance-maladie. Les paiements pendant la période de revenu fixe seront versés au compte bancaire associé au compte MFNB dans le cas où un compte bancaire différent sera rattaché aux deux comptes de facturation.

Les formulaires de création de comptes sont accessibles sur le site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick ou auprès de l'Unité de soutien des services de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé. D'autres comptes peuvent également être nécessaires si le médecin participe à d'autres modalités de paiement, comme d'autres régimes de financement.

Dans le cadre du MPM

Après leur transition au MPM, les médecins factureront à l'**un** des comptes de facturation de l'Assurance-maladie existants. Les médecins peuvent choisir le compte qu'ils continueront d'utiliser et demander la fermeture du deuxième compte dans le système de DME et le système de l'Assurance-maladie.

*Veillez consulter les **Directives de l'Assurance-maladie** sur l'intranet à l'adresse [Comptes](#) pour la liste complète de tous les types de comptes et leur description.*

7.1 Vérification

Les médecins de MFNB seront soumis aux mêmes exigences que tous les autres médecins et auront la même possibilité d'être choisis pour un audit que tous les autres médecins. Il faut conserver tous les documents à l'appui de la facturation pendant sept (7) ans. Veuillez consulter le *Manuel des médecins* pour plus d'information.

7.2 Demandes de renseignements

Les questions relatives aux demandes de remboursement seront présentées au Service de renseignements des praticiens du Ministère. On répondra à toutes les questions relatives aux demandes, aux codes, aux procédures, etc.

Les questions relatives aux comptes, aux relevés de rapprochement et aux paiements seront acheminées à l'Unité de soutien des services médicaux du Ministère.

Les questions relatives à des programmes particuliers peuvent être présentées aux Opérations de MFNB au sein de la SMNB.

Chapitre huit – Formation MFNB

Tous les médecins, les infirmières en cabinet et les assistants de bureau de médecin (ABM) du programme MFNB sont admissibles à de la formation sur l'amélioration des processus, comme sur l'amélioration de la fixation des rendez-vous des patients, la manière d'utiliser les nouveaux codes de visite par voie électronique et par téléphone afin de donner des soins plus axés sur le patient, et plus encore.

8.0 Formation du ministère de la Santé – Assurance-maladie

La formation sur les règles de facturation de l'Assurance-maladie, les codes de service, les politiques et procédures du *Manuel des médecins* est offerte gratuitement par les agents de liaison des praticiens de l'Assurance-maladie et est obligatoire pour tous les médecins et le personnel de facturation qui participent au programme MFNB. Des séances de recyclage sont également possibles.

8.1 Formation de la Société médicale du Nouveau-Brunswick – Opérations de MFNB

Les médecins et le personnel reçoivent une formation approfondie sur place de l'équipe des Opérations de la SMNB/MFNB concernant le programme et la liste des participants. Le personnel des Opérations de MFNB reste sur place pendant les premiers jours où la clinique exerce dans le cadre du modèle afin d'assurer une transition en douceur pour les médecins, le personnel et les patients.

La SMNB/MFNB rembourse à chaque médecin participant au programme MFNB le coût du maximum de deux jours de formation obligatoire aux tarifs standard de la SMNB, ainsi que le remplacement du revenu de deux jours au taux équivalent prescrit par le Programme de financement supplémentaire de FMC - rémunération à l'acte. La formation de MFNB n'est pas encore admissible aux crédits de FMC, et les montants remboursés ne seront pas pris en compte dans l'allocation annuelle du médecin en matière de FMC.

La SMNB/MFNB fournira aux groupes MFNB un soutien continu à la gestion de la pratique sous la forme d'initiatives d'amélioration des activités, mais cette formation est optionnelle, et les frais ne sont pas remboursés.

8.2 Formation des fournisseurs de DME

Les médecins et le personnel reçoivent de la formation de leur fournisseur de DME.

8.3 Spécialiste de l'amélioration des processus

Une fois que les médecins seront intégrés au modèle MFNB, un spécialiste de l'amélioration des processus examinera les divers éléments des pratiques afin de fournir aux médecins une expertise qui leur permettra de travailler de manière plus efficace.

Chapitre neuf – Conclusion

MFNB présente aux médecins de famille un autre mode de rémunération en introduisant son modèle de paiement mixte, qui combine une rémunération forfaitaire pondérée et un tarif réduit de rémunération à l'acte, en plus d'introduire de nouvelles règles de facturation pour les infirmiers/infirmières, les visites par voie électronique et par téléphone, ainsi que de l'aide pour les frais indirects. Le modèle MFNB ne doit pas remplacer les modèles existants, mais il offre aux médecins un choix avant-gardiste quant à la manière d'exercer la médecine au Nouveau-Brunswick.

Annexe A : Services offerts par MFNB (Facturé en lieu 1 et 19)

Pour des codes de service additionnels, consulter le Manuel des médecins.

Consultations			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
100 %	S.O.	10	Consultation majeure (doit comprendre une demande écrite)
100 %	S.O.	12	Consultation subséquente (dans les 30 jours suivant la consultation majeure)
Visites en cabinet (emplacement 1)			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	4 5%	1	Visites en cabinet
50 %	45 %	8101	Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément au code 1 ou au code 850
100 %	100 %	19	Soins du bébé normal (jusqu'à 365 jours)
100 %	S.O.	8116	Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet (le médecin doit avoir le permis approprié pour distribuer de la méthadone)
50 %	S.O.	7	Examen physique complet
Gestion des maladies chroniques (facturable une fois par tranche de 365 jours) <i>Les patients doivent être vus concernant leur maladie chronique au moins deux fois par année. Il faut remplir la feuille appropriée.</i>			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	45 %	8109	Diabète
50 %	45 %	8113	MPOC
Soins obstétriques			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
100 %	100 %	15	Examen prénatal complet (non payable moins de 42 jours du code 7 ou 2173)
100 %	100 %	16	Visites prénatales ou postnatales sans examen complet
Foyers de soins			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	S.O.	2000	Examen complet avant l'admission (facturé au cabinet avant l'admission)
Programme extra-mural			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	S.O.	209	Visite avec admission au programme
50 %	45 %	210	Communication exigeant une réponse (de la part d'un membre du personnel du PEM)
50 %	S.O.	195	Visite en cabinet médical par un membre du personnel du Programme extra-mural pour discuter de questions de santé concernant <u>un</u> patient
50 %	S.O.	196	Visite en cabinet médical par un membre du personnel du Programme extra-mural pour discuter de questions de santé concernant <u>deux</u> patients ou plus
Services divers			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	45 %	200	Surveillance exclusive – (par tranche de 15 minutes) – <i>Indiquez l'heure de début et de fin de la visite et de la surveillance exclusive.</i>
50 %	45 %	2	Injection (intradermiques, sous-cutanées, intramusculaires, thérapeutiques) (Liste C)
50 %	45 %	1948	Injection de médicament – bourse séreuse, ganglion, articulation ou tendon, incluant aspiration préliminaire au besoin ou injection intramusculaire ciblée (Liste B)
50 %	45 %	1898	Warfarine surveillance – service par téléphone (Liste C)
50 %	45 %	1999	Frais de fournitures pour le test de Papanicolaou

Codes pour les médecins de MFNB seulement (payables à 1,04 \$/unité)			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
18 unités	17 unités	849	Visite par voie électronique
18 unités	17 unités	850	Visite par téléphone
Immunisations			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	45 %		Toutes les immunisations des enfants de plus de 12 mois
Counseling (par tranche de 15 minutes – heure de début, heure de fin et nombre de services requis)			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	45 %	20	Psychothérapie
50 %	S.O.	216	Counseling familial (placement, décision de ne pas réanimer, décisions de traitement – par quart d’heure)
50 %	45 %	193	Counseling auprès d’un patient (unité familiale, comme la consultation conjugale, les conseils en matière de contraception et de maladies transmissibles sexuellement)
Pratique en collaboration avec l’infirmière praticienne (IP)			
Omnipraticien	Infirmière	Code	Description des codes de service
50 %	0	8104	Conférence de cas avec l’IP
50 %	0	8105	Transfert d’un patient à une IP ou depuis une IP
50 %	0	8106	Examen en vue d’un aiguillage vers un spécialiste (à la demande d’une IP)
Code de cabinet non facturable dans le cadre de MFNB			
Code	Description des codes de service		
3	Clinique sans rendez-vous - Visite		

Annexe B : Services en cabinet exclus, facturables à 100 %

Code	Description des codes de service
10	Consultation
12	Consultation subséquente
15	Examen prénatal complet (non payable moins de 42 jours du code 7 ou 2173)
16	Visites pré ou postnatales sans examen complet
19	Soins du bébé normal (par période de 365 jours)
99	Suture – autres régions - 5 premiers cm
355	Incision – Abscess – Sous-cutané – Anesthésie locale
357	Incision – Abscess – Périanal ou pilonidal – Anesthésie locale
367	Exérèse de corps étranger ou fibrome – Anesthésie locale
369	Biopsie par excision ou excision totale (max. 3 par jour)
370	Carcinome de la peau – Excision et réparation
376	Résection de portion d'ongle, chair sous-jacente ou matrice
378	Lipome – Simple
384	Verrue plantaire – simple, sous-cutanée, soins complets
837	Biopsie diagnostique à l'emporte-pièce
1472	Insertion d'un stérilet
1892	Désensibilisation aiguë, p. ex. : sérum antitétanique, pénicilline
1894	Hyposensibilisation - Injection incluant surveillance (sauf injection initiale et évaluation), par visite
1895	Tests, tout antigène, toute méthode – par test (maximum par période de 6 mois : 30 tests)
2089	Exérèse par procédés non chirurgicaux tels électrocautérisation, curetage ou cryothérapie (tarif total)
2227	Suture – Face – 5 premiers cm
2487	Suture – Face – plus de 5 cm
2488	Suture – autres régions – plus de 5 cm, mais moins de 10 cm
8116	Dépendance aux opiacés –Visite en cabinet (le médecin doit être titulaire des permis requis pour donner de la méthadone)
Imm.	Toute immunisation pour les bébés de moins de 12 mois (365 jours ou moins)

Annexe C : Codes de facturation et tarifs des services fournis par les I.I. et les I.A.A. dans le cadre du programme MFNB

VISITES/EXAMENS GÉNÉRAUX		
Code	Description des services	Tarif de l'infirmière
1	MÉDECINE GÉNÉRALE, VISITE EN CABINET	45 %
15	MÉDECINE GÉNÉRALE, EXAMEN PRÉNATAL COMPLET	100 %
16	MÉDECINE GÉNÉRALE, VISITES PRÉ OU POSTNATALES	100 %
19	MÉDECINE GÉNÉRALE, SOINS DU BÉBÉ NORMAL	100 %
20	PSYCHOTHÉRAPIE	45 %
193	COUNSELING AUPRÈS D'UN PATIENT	45 %
200	SURVEILLANCE EXCLUSIVE PAR TRANCHE DE 15 MINUTES	45 %
210	COMMUNICATION EXTRA-MURALE	45 %
849	VISITE PAR VOIE ÉLECTRONIQUE	17,68 \$ (unité 1,04 \$)
850	VISITE PAR TÉLÉPHONE	17,68 \$ (unité 1,04 \$)
1898	WARFARINE – SURVEILLANCE	45 %
8101	VISITE EN CABINET POUR LES PERSONNES ÂGÉES	45 %
8109	DIABÈTE – CMC	45 % (unité 1,01 \$)
8113	MPOC – CMC	45 % (unité 1,01 \$)
Code	Description des services	Tarif de l'infirmière
2	VISITES EN CABINET – INJECTION SEULEMENT	45 %
1894	HYPOSENSIBILISATION INCLUANT SURVEILLANCE	100 %
1999	FRAIS DE FOURNITURES POUR LE TEST DE PAPANICOLAOU	45 %
2089	CRYOTHÉRAPIE	100 %
Imm.	Immunisation et visite	45 %
	Immunisation sans visite	45 %
	Toute immunisation pour les bébés de moins de 12 mois	100 %

Annexe D : Formulaire de facturation manuelle, aide pour les coûts indirects des médecins de MFNB

Annexe E : Entente d'obligation de service des médecins de
Médecine familiale Nouveau-Brunswick