



Précisions concernant les chirurgies plastiques assurées

Afin d'optimiser le partage d'information entre les chirurgiens plasticiens et la Régie, vous trouverez ci-dessous des précisions quant aux critères permettant la couverture de certaines chirurgies plastiques.

1. Contexte légal et réglementaire – Services assurés

En vertu de l'article 3 a) de la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), la Régie doit payer uniquement pour des services assurés, c'est-à-dire pour « tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical ». Les services non requis médicalement, quant à eux, ne sont pas assurés.

La liste des services non considérés comme assurés, puisqu'ils sont rendus « à des fins purement esthétiques », se retrouve à l'article 22 c) du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (RALAM). « Sont notamment considérés comme tels, les services suivants :

- i. la rhytidectomie;
- ii. toute correction d'une cicatrice localisée ailleurs qu'à la face ou au cou et qui ne provoque pas d'interférence fonctionnelle;
- iii. toute excision ou dermabrasion d'un tatouage non traumatique;
- iv. toute greffe capillaire correctrice d'alopecie héréditaire;
- v. toute électrolyse, sauf dans le cas d'hirsutisme pathologique ou de folliculite;
- vi. toute correction de déformation congénitale non symptomatique;
- vii. toute correction de praurinauris chez une personne âgée de 18 ans et plus;
- viii. toute mammoplastie à moins que tel service ne soit rendu pour :
 - A) la correction d'aplasie mammaire;
 - B) la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 g) ou d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 g par sein);ou
 - C) la reconstruction ipsi ou controlatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré.
- ix. toute excision d'excès de tissus graisseux non symptomatique; »

2. Procédure de remboursement

Dans certaines situations, une personne assurée peut bénéficier d'une intervention médicale, en assumer les frais et faire, par la suite, une demande de remboursement à la Régie. Cette dernière évalue la demande de remboursement seulement lorsque la personne assurée lui en fait la demande écrite dans l'année suivant la date du paiement. Cette tâche est confiée à un médecin de la Régie.

La Régie évalue la conformité des frais facturés à la personne assurée par le professionnel de la santé en se basant sur la LAM, le RALAM et le Manuel des médecins spécialistes.

Si de l'information supplémentaire est nécessaire pour traiter la demande de remboursement, le médecin de la Régie adresse une demande de renseignements au professionnel qui a réalisé l'intervention. Il est primordial que le professionnel réponde à cette demande. À défaut de fournir ces renseignements complémentaires, la Régie devra rendre sa décision sur la base de l'information qu'elle détient.

Si la Régie rembourse, totalement ou partiellement, la personne assurée, elle en avise, par écrit, le professionnel de la santé. La somme remboursée à la personne assurée est recouvrée « de ce professionnel de la santé ou de ce tiers par compensation ou autrement, à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de cet avis » (article 22.0.1 de la LAM). Toutefois, pendant cette période, le professionnel peut fournir des renseignements complémentaires à la Régie et ces dernières seront prises en considération.

S'il y a lieu, lorsque le montant facturé est récupéré auprès du médecin, mais qu'il a droit au paiement d'un service par la Régie, cette dernière l'autorise à faire une demande de paiement avec le code et au montant prévu dans le Manuel des médecins spécialistes. Si nécessaire, une dérogation est émise.

Si le professionnel se croit lésé par la décision de la Régie, il peut, dans les six mois de la compensation, la contester « devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec, selon leur compétence respective ou, lorsqu'il s'agit d'une question d'interprétation ou d'application d'une entente, devant un conseil d'arbitrage [...]. Il incombe au professionnel de prouver que la décision de la Régie est mal fondée » (article 22.0.1 de la LAM).

Par ailleurs, si la Régie refuse de rembourser la personne assurée, totalement ou partiellement, cette dernière peut faire une demande de révision et, ultimement, déposer une requête au Tribunal administratif du Québec.

3. Chirurgie du sein : capsulotomie, capsulectomie, exérèse et changement de prothèse

3.1 Pour un implant à visée esthétique dont la mise en place n'était pas assurée :

La capsulotomie et le changement d'une prothèse ne sont jamais assurés lorsque la mise en place de l'implant initial n'était pas assurée.

Les éléments suivants ne sont également pas assurés, à moins qu'ils soient requis médicalement, auquel cas ils sont alors assurés, sans autorisation, même si l'intervention initiale était de nature esthétique :

- l'exérèse seule (sauf si requise sur le plan médical, par exemple dans les cas de rupture d'une prothèse au silicone avec extravasation importante de silicone ou dans les cas de prothèses enduites de polyuréthane indépendamment de leur état);

- la capsulectomie seule (sauf si requise sur le plan médical, par exemple lors d'une capsulite de grade IV et que la personne assurée désire la mise en place d'une nouvelle prothèse¹);
- la capsulectomie avec exérèse (sauf si requise sur le plan médical, par exemple lors d'une capsulite de grade IV et que la personne assurée ne désire pas la mise en place d'une nouvelle prothèse).

Les services esthétiques qui peuvent être dispensés simultanément avec l'un des services assurés, tels que le changement d'un implant, le changement d'une loge ou un redrapage, demeurent des services non assurés.

3.2 Pour un implant à visée médicale dont la mise en place était assurée :

Le changement de prothèse, l'exérèse et la capsulectomie demeurent des services assurés si cela est requis médicalement, lorsque la mise en place de l'implant initial était assurée. Le changement de prothèse mammaire nécessite une autorisation préalable de la Régie, sauf s'il fait partie d'un processus de reconstruction ipsi ou controlatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Quant à l'exérèse et à la capsulectomie, aucune autorisation n'est requise.

4. Chirurgie de reconstruction post-tumorectomie avec prothèse

La chirurgie de reconstruction avec prothèse ipsi ou controlatérale, à la suite d'une chirurgie mammaire assurée, est assurée (sans autorisation) seulement si la correction du déficit résultant de la chirurgie mammaire assurée **nécessite** la mise en place d'une prothèse. Par conséquent, si la chirurgie mammaire assurée est une tumorectomie ou une mastectomie partielle qui ne laisse qu'une faible perte de contour du sein (indentation), sans asymétrie significative, la chirurgie de reconstruction avec prothèse n'est alors pas assurée.

Lorsque la mise en place d'une prothèse est indiquée pour corriger le déficit laissé par la chirurgie mammaire assurée, la chirurgie de reconstruction est assurée pour le sein tumorectomisé, **peu importe le volume de la prothèse**. Toutefois, si la personne assurée choisit, pour le sein ipsilatéral, un volume de prothèse qui oblige la mise en place d'une prothèse au sein controlatéral pour corriger l'asymétrie ainsi créée, donc s'il s'agit du choix de la personne assurée d'obtenir une augmentation de volume, et non d'une nécessité, la chirurgie du sein controlatéral n'est pas assurée.

NOTE

Cette infolettre vise à préciser les orientations discutées entre la Régie et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Cependant, elle demeure un guide et chaque situation est traitée au cas par cas dans le respect des lois et règlements.

c. c. Fédération des médecins spécialistes du Québec

¹ Actuellement, il n'y a pas de tarification au manuel pour la capsulectomie seule. Les parties négociantes nous informent toutefois qu'un nouvel acte sera bientôt créé. Dans l'intervalle, la capsulectomie seule doit être facturée à la Régie par le processus de tarification nouvelle (règle 4 du Préambule général du Manuel des médecins spécialistes).