



À l'intention des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie
en endocrinologie
en urologie
en génétique médicale
en anesthésiologie

4 février 2016

Procréation assistée – Nouvelles dispositions

À la suite des modifications apportées à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec (chapitre A-29, r. 5), la Régie vous informe des principaux changements en matière de procréation assistée.

Vous trouverez à la [partie I](#) de l'infolettre des tableaux présentant les services médicaux qui continuent d'être assurés, ceux qui ne le sont plus, ceux qui demeurent couverts pendant la période transitoire sous certaines conditions, ainsi que ceux sur lesquels les parties négociantes travaillent actuellement.

1 Services médicaux maintenus assurés le 10 novembre 2015

Depuis le **10 novembre 2015**, les services médicaux assurés en matière de procréation assistée sont :

- les services d'**insémination artificielle** y compris les services de stimulation ovarienne **hors** fécondation *in vitro* (FIV) rendus par un médecin (codes d'acte **06971** à **06973**) spécifiquement dans le cadre de l'insémination artificielle (voir le tableau 1.1 de la [partie I](#)).
- les services requis aux fins de **préservation de la fertilité** avant un traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie ou avant l'ablation des testicules ou des ovaires dans un but thérapeutique oncologique :
 - I les services de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation;
 - II les services de prélèvement d'ovule ou de tissus ovariens;
 - III les services de prélèvement de sperme ou de tissus testiculaires au moyen d'une intervention médicale, notamment l'aspiration percutanée de sperme épидидymaire;
 - IV les services de congélation et d'entreposage du sperme, des ovules, des tissus ovariens ou testiculaires ou des embryons, et ce, pour une durée de cinq ans.

De nouveaux codes d'acte seront créés afin que vous puissiez facturer les services requis à des fins de **préservation de la fertilité**. Le tableau 1.2 à la [partie I](#) fait état de ce qui demeure assuré dans ce contexte. Vous devez **retenir votre facturation** jusqu'à ce que nous vous fournissions, dans une prochaine infolettre, les instructions de facturation lorsque l'Accord-cadre aura été modifié.

2 Services assurés maintenus sous certaines conditions

COUVERTS EN VERTU DES MESURES TRANSITOIRES ET FINALES RENDUS AUX PERSONNES ASSURÉES ADMISSIBLES À CES MESURES (VOIR LE TABLEAU 2 DE LA PARTIE I)

2.1 Conditions d'admissibilité aux mesures transitoires et finales

Il appartient au médecin de juger, selon la situation de son patient, si ce dernier est admissible à un service couvert ou non en se référant au texte de loi et en considérant les renseignements ci-dessous.

Pour poursuivre un traitement de FIV assuré par la Régie avec une patiente pendant la période transitoire et finale, un médecin doit avoir préalablement établi un plan de traitement de FIV (codes d'acte de consultation initiale ou de réévaluation subséquente **15196, 15198, 15517** ou **15527**) avec cette personne assurée **avant le 11 novembre 2015**. Dans ce cas, cette personne peut :

- poursuivre **le cycle de FIV déjà débuté** avant le 11 novembre 2015 **ou**;
- entreprendre **un cycle planifié** avant le 11 novembre 2015, selon le cas.

Les services couverts pendant un cycle au cours de la période transitoire et finale sont :

- un cycle de stimulation ovarienne FIV (codes d'acte **06962, 06963** ou **06964**);
- un prélèvement d'ovule lors de ce cycle (codes d'acte **06965, 06966** ou **06967**);
- un transfert d'embryon frais (**06968**).

À la fin de ce cycle, s'il n'y a pas de grossesse découlant du transfert d'embryons frais ou qu'il reste des embryons congelés, le transfert de ces derniers (code d'acte **06969**) demeure assuré jusqu'à épuisement des embryons congelés produits lors de ce cycle ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première éventualité.

Pour les patientes ayant déjà eu des cycles de FIV sans grossesse avant le 11 novembre 2015 et ayant des réserves d'embryons congelés de cycles antérieurs, les transferts d'embryons congelés (code d'acte **06969**) sont assurés jusqu'à épuisement des embryons ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première éventualité.

La patiente n'est plus assurée pour les services requis à des fins de FIV dès qu'il y a grossesse.

Les services de cryopréservation d'embryons et les services requis aux fins de congélation et d'entreposage du sperme, dans le cadre des services requis aux fins de procréation assistée, demeurent des services assurés jusqu'au **10 novembre 2018**, dans la mesure où ceux-ci ont commencé avant le 11 novembre 2015.

2.2 Facturation

Lors d'une première facturation, si des documents complémentaires doivent nous être fournis dans le but de démontrer que le plan de traitement a été débuté avant le 11 novembre 2015, ceux-ci doivent être accompagnés de la **demande de paiement papier** et envoyés par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Les services facturés avec le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui participe avec celle qui requiert le transfert d'embryon ou l'insémination artificielle feront l'objet d'une évaluation approfondie. Ces services devront être accompagnés du NAM de la femme qui requiert le service ainsi que de tout renseignement prouvant que le service est assuré pendant la période transitoire et finale.

Si la Régie n'est pas en mesure d'évaluer le service avec les renseignements qu'elle détient, elle refusera le paiement des honoraires. Par la suite, si le médecin juge que la personne assurée répondait aux conditions des mesures transitoires et finales, il pourra soumettre une demande de révision accompagnée des renseignements nécessaires à son appréciation. Le médecin doit inscrire le numéro de la présente infolettre sur la demande de révision.

La Régie pourra supporter le médecin dans l'analyse d'une situation particulière et encourage tout médecin souhaitant obtenir de l'assistance dans sa facturation en lien avec la procréation assistée à communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels aux coordonnées ci-dessous :

Région de Québec : 418 643-8210
Région de Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

3 Services médicaux non assurés depuis le 11 novembre 2015

Depuis le 11 novembre 2015, les services de procréation assistée ne sont plus assurés à l'exception de ceux identifiés aux sections 1 et 2 de la présente infolettre. Les autres services de FIV ne sont plus assurés, notamment la micro-injection de spermatozoïdes, même si elle est réalisée dans le cadre d'un prélèvement d'ovules pour la préservation de la fertilité.

Les consultations initiales et les réévaluations subséquentes (codes d'acte **15196**, **15198**, **15517** et **15527**) dans le cadre de la procréation assistée ne sont plus des services assurés (voir le tableau 3 de la [partie I](#)).

Les médecins qui étaient désignés pour ces codes d'acte peuvent maintenant facturer l'évaluation de fertilité (voir le tableau 1.1 de la [partie I](#)).

À noter

Lorsqu'un acte assuré est réalisé, par exemple un examen physique, une visite peut être réclamée à la Régie. Toutefois, si la visite est effectuée dans le seul but d'établir un plan de traitement par FIV, celle-ci n'est pas payable par la Régie.

4 Message explicatif

996 Selon l'information que nous détenons, le service facturé ne répond pas aux conditions prévues par les mesures transitoires et finales. Veuillez vous référer à l'infolettre 265 du 4 février 2016 pour connaître les conditions d'admissibilité et nous fournir des renseignements additionnels par le biais d'une demande de révision, s'il y a lieu.

5 Document de référence

[Partie I](#) Tableaux des services médicaux en procréation assistée

Tableaux des services médicaux assurés et non assurés en procréation assistée

Tableau 1.1 – Services médicaux maintenus assurés le 10 novembre 2015

Les tarifs et les libellés de ces codes d'acte pourraient être modifiés.

Code d'acte	Libellé
06085	Accouchement suite à une fécondation in vitro ou une stimulation par gonadotropines, supplément
06086	Césarienne suite à une fécondation in vitro ou une stimulation par gonadotropines, supplément
06971	Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.7 – addendum 6) par agents oraux
06972	Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.7 – addendum 6) par gonadotropines
06973	Insémination artificielle (voir règle 10.8 – addendum 6)
15194	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 – addendum 6)/Endocrinologie/Cabinet privé
15195	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 – addendum 6)/Endocrinologie/CHCD/Externe
15197 (*)	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 – addendum 6)/Obstétrique-gynécologie/Cabinet privé
15199 (*)	Évaluation de fertilité chez un couple (voir la règle 10.2 – addendum 6)/Obstétrique-gynécologie/CHCD/Externe
15294	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée premier jour
15295	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée par jour subséquent
15296	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication liée à la procréation médicalement assistée
15297	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication liée à la procréation médicalement assistée
15298	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une complication liée à la procréation médicalement assistée

(*) À compter du 10 novembre 2015, tous les médecins classés en obstétrique-gynécologie peuvent facturer ces codes d'acte.

Ces services ont été payés avant appréciation (code de transaction 03). Dans les prochaines semaines, vous recevrez une confirmation de paiement (code de transactions 10 ou 12) sur votre état de compte.

Tableau 1.2 – Services requis à des fins de préservation de la fertilité

Des travaux sont en cours pour ces codes d'acte. Les codes, les libellés et les tarifs vous seront transmis lorsque l'Accord-cadre sera modifié.

Code d'acte	Libellé
XXXXX	Stimulation ovarienne, incluant ce qui est prévu à la règle actuelle
XXXXX	Prélèvement d'ovules, incluant ce qui est prévu à la règle actuelle, à l'exception de la micro-injection de spermatozoïdes (*)
XXXXX	Congélation de sperme ou de tissus testiculaires incluant l'entreposage pour la première année
XXXXX	Entreposage de sperme, d'ovules, de tissus ovariens ou testiculaires ou d'embryons à compter de la deuxième année et pour un maximum de cinq ans
XXXXX	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes (PESA-TESE)
XXXXX	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire des spermatozoïdes sous microscope (MESA-micro TESE)

(*) La micro-injection n'est pas assurée car c'est un service de FIV et non de préservation de la fertilité, et ce, même si l'acte est inclus dans les honoraires du prélèvement d'ovules et que la congélation d'embryons est assurée dans le cadre de la préservation de la fertilité. La micro-injection doit donc être facturée au patient.

Tableau 2 – Services médicaux maintenus sous certaines conditions (non assurés depuis le 11 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales)

Les situations où ces services demeurent assurés sont décrites à la section 2 de l'infolettre.

Code d'acte	Libellé
00496	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement)
00499	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement)
06082	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément
06083	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément
06954	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise (voir règle 10.9 – addendum 6)
06955	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes (voir règle 10.9 – addendum 6)
06956	Fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément (voir règle 10.9 – addendum 6)
06957	Fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément (voir règle 10.9 – addendum 6)
06958	Congélation de sperme, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année
06959	Frais annuels d'entreposage de sperme ou d'embryons, et ce, à compter de la deuxième année (<i>date de fin 10 novembre 2018</i>)
06962	Stimulation ovarienne (voir règle 10.4 – addendum 6) cycle stimulé
06963	Stimulation ovarienne (voir règle 10.4 – addendum 6) cycle naturel modifié
06964	Stimulation ovarienne (voir règle 10.4 – addendum 6) cycle naturel
06965	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.5 – addendum 6) cycle stimulé
06966	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.5 – addendum 6) cycle naturel modifié
06967	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.5 – addendum 6) cycle naturel
06968	Transfert d'embryon frais (voir règle 10.6 – addendum 6)
06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.6 – addendum 6)
06970	Diagnostic préimplantatoire

Tableau 3 – Services médicaux qui ne sont plus assurés depuis le 11 novembre 2015

Veillez vous référer à la section 3 de l'infolettre pour connaître l'ensemble des services médicaux qui ne sont plus assurés depuis le 11 novembre 2015.

Code d'acte	Libellé
15196	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir règle 10.3 – addendum 6)
15198	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir la règle 10.3 – addendum 6)
15517	Réévaluation subséquente dans le cadre de la procréation assistée. Maximum deux réévaluations subséquentes par année (voir règle 10.3 – addendum 6)
15527	Réévaluation subséquente dans le cadre de la procréation assistée. Maximum deux réévaluations subséquentes par année (voir règle 10.3 – addendum 6)

Si vous avez facturé ces services et qu'ils ont été rendus après le 10 novembre 2015, la Régie récupèrera les sommes versées.