



## Frais accessoires – Modifications au préambule général et au tarif de certains actes (Amendement n° 159)

### Préambule général (paragr. 1.1.4 et 2.4.7.7)

L'Amendement n° 159, convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération, fait suite à l'entrée en vigueur, le 26 janvier 2017, du nouveau Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques (RLRQ, chapitre A-29, r. 7.1).

Dans le cadre de cet amendement, des modifications sont apportées au préambule général : au paragraphe 1.1.4 relatif aux frais accessoires ainsi qu'au paragraphe 2.4.7.7 concernant les suppléments d'honoraires prévus à titre de frais compensatoires pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Un nouveau code de facturation est créé pour le supplément accordé lors de l'utilisation du plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique. Ces modifications concernent également le médecin qui se prévaut des modalités de la *Lettre d'entente n° 57*.

Le libellé de la vasectomie unilatérale ou bilatérale est modifié. Le tarif de ce service, lorsque réalisé en cabinet, et celui du supplément pour la composante technique sont augmentés. De plus, le tarif de certains actes effectués en cabinet est bonifié.

L'Amendement n° 159 est en vigueur depuis le **26 janvier 2017**.

Cette infolettre contient également, aux sections 3 et 4, un rappel en ce qui a trait à la facturation de frais à une personne assurée pour le remplissage d'un certificat médical ou de certains formulaires, et concernant le médecin pratiquant hors du Québec.

## 1 Frais accessoires et supplément d'honoraires pour les plateaux de chirurgie

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET A – PRÉAMBULE GÉNÉRAL  
ONGLET P – GYNÉCOLOGIE

Le préambule général du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* est modifié.

- Le paragraphe 1.1.4 *Frais accessoires* est remplacé et se lit désormais comme suit :

Un médecin ne peut réclamer d'une personne assurée quelque paiement aux fins de la dispensation d'un service assuré, sauf disposition contraire à la réglementation applicable.

Lorsque la réglementation autorise un médecin de demander paiement d'une personne assurée pour le complètement d'un formulaire, cette autorisation ne vise pas les formulaires dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente.

Par exemple, **il n'est plus permis** de demander à une personne assurée de payer le coût de certains produits auparavant permis par l'Entente, soit celui d'un médicament ou d'un produit anesthésique administré, ni le coût du stérilet ou de l'attelle posé.

Vous pouvez consulter l'[infolettre 268](#) du 26 janvier 2017 pour plus d'information à ce sujet.

- Le sous-paragraphe 2.4.7.7 concernant le supplément d'honoraires prévu à titre de frais compensatoires pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie est remplacé. Les tarifs des plateaux principal et mineur sont bonifiés à partir du **26 janvier 2017**.

Pour le plateau principal, deux tarifs sont désormais prévus pour ce supplément, selon qu'il est utilisé ou non dans le contexte d'un avortement thérapeutique.

En conséquence, le code de facturation **01100** est créé pour le supplément accordé lors de l'utilisation du plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique.

Plateau	Code de facturation	Tarif (\$) 1 <sup>er</sup> janvier 2012	Tarif (\$) 26 janvier 2017
principal	01098	22,70	35,40
mineur	01099	11,35	17,70
principal avortement thérapeutique	01100	---	22,70

Cette disposition vise les actes du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte* suivis de la mention :

- **P.G. 2.4.7.7 A** pour le supplément accordé pour le plateau principal;
- **P.G. 2.4.7.7 B** pour le supplément accordé pour le plateau mineur;
- **P.G. 2.4.7.7 C** pour le supplément accordé pour le plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique.

Depuis le 26 janvier 2017, les actes tarifés relatifs au supplément accordé pour le plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique sont les actes codifiés **06908**, **06909**, **06941**, **06948** et **06949** de l'onglet *P – Gynécologie* suivis de la mention « P.G. 2.4.7.7 C ».

Ces codes de facturation sont maintenant associés au supplément accordé pour le plateau principal d'avortement thérapeutique et ne sont donc plus associés au supplément accordé pour le plateau principal (P.G. 2.4.7.7 A).

Les autres actes tarifés visés par les mentions « P.G. 2.4.7.7 A » et « P.G. 2.4.7.7 B » demeurent assujettis à leur application, ces actes n'ayant pas été modifiés.

Les majorations des annexes XII et XII-A ne s'appliquent pas au supplément d'honoraires prévu à titre de frais compensatoires pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie.

Aucune majoration prévue à l'annexe XX de l'Entente n'est applicable pour ce supplément.

Comme pour les plateaux principal et mineur, le plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique est exclu du calcul du plafond trimestriel.

## Facturation

La Régie sera prête à recevoir votre facturation pour le code **01100** à compter du **19 avril 2017**.  
Le médecin dispose de 90 jours à partir de cette date pour facturer ses services.

Afin d'ajuster les tarifs à ceux en vigueur depuis le 26 janvier 2017, la Régie procédera à la réévaluation des suppléments facturés pour les plateaux principal et mineur avec les codes **01098** et **01099**.

Pour les suppléments facturés avec les codes **06908**, **06909**, **06941**, **06948** et **06949** pour les services rendus depuis le 26 janvier 2017, le médecin **doit modifier** le code de facturation **01098** relatif au supplément accordé pour le plateau principal (P.G. 2.4.7.7 A) et inscrire le code de facturation **01100** correspondant au plateau principal pour les services d'avortement thérapeutique (P.G. 2.4.7.7 C).  
Le médecin dispose de 90 jours à partir du **19 avril 2017** pour modifier sa facturation.

## 2 Vasectomie unilatérale ou bilatérale

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *N – APPAREIL GÉNITAL MÂLE*

À l'onglet *N – Appareil génital mâle* du *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*, sous la rubrique *Excision* de la section *Canal déférent*, le libellé et le tarif de la vasectomie unilatérale ou bilatérale sont remplacés :

06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale (toutes techniques)	
	En établissement .....	70,25 \$
	En cabinet privé.....	129,00 \$
	Composante technique (en cabinet privé) supplément .....	89,00 \$

Afin d'ajuster les tarifs à ceux en vigueur depuis le 26 janvier 2017, la Régie procédera à la réévaluation du tarif pour les services facturés avec le code **06232** rendus en cabinet depuis cette date. Le médecin n'a aucune action à poser.

Cet ajustement tarifaire figurera sur l'état de compte du **5 mai 2017**.

### 3 Bonification du tarif de certains codes de facturation en cabinet

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLETS C, F, G, H, K, L, N ET P

Le tarif de certains codes de facturation est bonifié, comme présenté dans le tableau ci-dessous. Ces changements s'appliquent **uniquement aux services rendus en cabinet** et paraîtront ultérieurement dans le *Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*.

Onglet	Code de facturation	Tarif (\$)
C – Actes diagnostiques et thérapeutiques	00205	61,00
F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous-cutané	01002	92,55
	01003	88,75
	01008	95,85
	01180	71,65
	01181	104,95
	01183	80,65
	01186	106,90
	01187	138,00
	01188	75,80
	01189	107,00
	01195	68,35
	01199	256,25
	01216	65,20
	01227	71,95
	01405	93,40
G – Appareil musculo-squelettique	02082	149,60
H – Système respiratoire	03807	83,25
K – Systèmes lymphatique et hématopoïétique	04162	169,85
L – Système digestif	05001	136,90
	05252	99,40
P – Gynécologie	06043	87,00
	06145	86,45
N – Appareil génital mâle	06394	73,80

La Régie procédera à une réévaluation du tarif des services rendus en cabinet depuis le 26 janvier 2017 et facturés avec les codes touchés par ces changements tarifaires. Le médecin n'a aucune action à poser.

---

## 4 Médecin pratiquant hors du Québec

---

La Régie vous rappelle que la Loi sur l'assurance maladie et son [règlement d'application](#) (RLRQ, chapitre A-29, r. 5) s'appliquent à tout professionnel rémunéré par la Régie.

Ainsi, un médecin pratiquant hors du Québec qui s'inscrit à la Régie accepte d'être payé selon l'Entente et de respecter les règles de facturation. Conséquemment, le règlement abolissant les frais accessoires, en vigueur depuis le 26 janvier 2017, s'applique aussi à ce médecin. Il lui est donc interdit de facturer à une personne assurée tout montant pour des services couverts qu'il a rendus.

---

## 5 Certificat médical et autres formulaires

---

Le remplissage d'un certificat médical par un médecin n'est pas un service couvert par la Régie. Par conséquent, des frais peuvent être facturés à la personne assurée pour ce service. Ces frais ne sont pas remboursables à la personne par la Régie.

Cependant, **aucuns frais** ne peuvent être facturés à la personne assurée pour le remplissage des formulaires requis dans le cadre d'une des demandes d'autorisation suivantes destinée à la Régie ou à un assureur privé :

- demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception;
- demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception;
- demande d'autorisation en plastie.

Selon le [Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#) (RLRQ, chapitre A-29, r. 5, art. 22 f)), le remplissage de certains formulaires et les examens qui leur sont associés, si requis, sont également couverts par la Régie dans les cas suivants :

- la constatation de décès;
- l'examen médico-légal des victimes d'assaut sexuel;
- l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;
- l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public;
- l'examen exigé en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu);
- l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

### Société de l'assurance automobile du Québec

Est couvert par la Régie, s'il est effectué par un médecin participant au régime public, l'examen médical requis par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour l'obtention d'un permis probatoire ou d'un permis de conduire :

- de classe 1, 2 ou 3 autorisant la conduite d'un véhicule lourd;
- de classe 4A, 4B ou 4C autorisant, selon le cas, la conduite d'un véhicule d'urgence, d'un minibus, d'un autobus de 24 passagers ou moins ou d'un taxi.

Par contre, le remplissage d'un certificat médical par un médecin à la demande de la SAAQ n'est pas un service couvert par la Régie. Par conséquent, des frais peuvent être facturés à la personne assurée pour ce service. Ces frais ne sont pas remboursables par la Régie.

c. c. Agences commerciales de facturation  
Développeurs de logiciels – Médecine