

# Foire aux questions sur les frais facturés

<b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT .....</b>	<b>1</b>
Est-ce vrai que les professionnels de la santé n'offrent pas tous des services couverts? .....	1
J'ai consulté un professionnel de la santé et des frais m'ont été facturés. Ai-je automatiquement droit à un remboursement? .....	1
Quels sont les professionnels dont les frais facturés ne sont pas remboursables? .....	1
Quelles sont les conditions pour être admissible à un remboursement? .....	2
J'ai reçu des soins médicaux d'un médecin non participant au régime public. Puis-je obtenir un remboursement? .....	2
Comment faire une demande de remboursement ? .....	2
Quel est le délai pour soumettre mes documents afin d'obtenir le remboursement des frais qui m'ont été facturés (frais accessoires)? .....	3
Quel est le délai de traitement d'une demande de remboursement de frais facturés illégalement par un professionnel de la santé? .....	3
Je n'ai pas présenté ma carte d'assurance maladie valide lors d'une consultation avec un professionnel de la santé participant. Quel est le délai pour transmettre mes documents afin d'obtenir le remboursement d'honoraires professionnels (salaire) m'ayant été facturés? .....	3
Puis-je gérer une demande de remboursement pour un ami ou un membre de ma famille? .....	3
<b>SERVICES COUVERTS ET SERVICES NON COUVERTS .....</b>	<b>4</b>
Quels sont les services couverts par l'assurance maladie? .....	4
Quels sont les services non couverts par l'assurance maladie? .....	4
Les frais facturés par les établissements de santé (centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, etc.) sont-ils remboursables par la RAMQ? .....	4
Le transport en ambulance est-il un service couvert? .....	4
Puis-je demander qu'un service non couvert le soit exceptionnellement? .....	4
<b>OPHTALMOLOGIE .....</b>	<b>5</b>
Quels services ophtalmologiques sont couverts? .....	5
Quels services ophtalmologiques ne sont pas couverts? .....	5
<b>OPTOMÉTRIE .....</b>	<b>6</b>
Pour qui les services optométriques sont-ils couverts? .....	6
Existe-t-il des services optométriques couverts pour l'ensemble des personnes assurées? .....	6
Un optométriste peut-il facturer des gouttes oculaires? .....	6
L'achat de lunettes ou de verres de contact est-il couvert par l'assurance maladie? .....	6
Je considère que les frais facturés par mon optométriste sont trop élevés ou je remets en question la qualité de ses services. Que faire? .....	6

<b>SERVICES DENTAIRES</b> .....	<b>7</b>
Pour qui les services dentaires sont-ils couverts?.....	7
Est-ce possible d'obtenir une aide financière pour des traitements d'orthodontie? .....	7
J'ai besoin de services dentaires couverts par le carnet de réclamation, mais je suis en période d'attente (délai de carence). Que faire? .....	7
Je dois changer mes prothèses dentaires avant la date de renouvellement permise. Est-ce possible? .....	7
Je considère que les frais facturés par mon dentiste sont trop élevés ou je remets en question la qualité de ses services. Que faire? .....	7
<b>FRAIS ADMINISTRATIFS</b> .....	<b>8</b>
Peut-on facturer : .....	8
des frais d'ouverture de dossier? .....	8
des frais pour un rendez-vous manqué? .....	8
le renouvellement d'une ordonnance? .....	8
le remplissage d'un formulaire?.....	8
la rédaction d'un rapport, d'une recommandation ou d'une attestation? .....	9
la copie d'un dossier médical, la copie d'images sur un support numérique (ex. : CD, DVD), la rédaction d'un résumé, la photocopie, la télécopie et le transfert d'un dossier?.....	9
les frais de transport d'un prélèvement?.....	9
<b>MÉDICAMENTS ET FOURNITURES</b> .....	<b>10</b>
Peut-on me facturer : .....	10
le matériel ou les médicaments utilisés durant un service couvert? .....	10
l'azote liquide? .....	10
les produits d'infiltration et d'injection?.....	10
les viscosuppléments? .....	10
les stérilets? .....	10
les plâtres? .....	11
les attelles?.....	11
l'immobilisation par bandage ( <i>taping</i> )? .....	11
<b>TESTS DIAGNOSTIQUES</b> .....	<b>11</b>
Peut-on me facturer : .....	11
la réalisation de tests simples? (« strep test », tests de dépistage d'infections transmises sexuellement et par le sang, bâtonnet d'urine, test de grossesse, test de glycémie, etc.) .....	11
la réalisation d'un électrocardiogramme? .....	11
la réalisation de tests d'apnée du sommeil? .....	11
l'échographie?.....	12
la radiographie?.....	12
la mammographie?.....	12
un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)? .....	12

<b>un examen de tomodensitométrie (TDM), aussi appelé TACO? .....</b>	<b>12</b>
<b>une vasectomie? .....</b>	<b>13</b>

*Notez que cette foire aux questions n'a aucune valeur légale permettant de trancher des questions d'ordre juridique. Le cas échéant, il faut se reporter au texte officiel des lois.*

## DEMANDES DE REMBOURSEMENT

### Est-ce vrai que les professionnels de la santé n'offrent pas tous des services couverts?

Oui. Seuls les **professionnels de la santé participants** offrent des services couverts.

Pour en savoir davantage sur les **services couverts** pour lesquels vous avez droit à un remboursement, veuillez consulter les pages :

- [Services médicaux](#)
- [Services dentaires](#)
- [Services optométriques](#)
- [Services pharmaceutiques](#)

### J'ai consulté un professionnel de la santé et des frais m'ont été facturés. Ai-je automatiquement droit à un remboursement?

Non. Seuls les **professionnels de la santé participants** sont soumis à la Loi sur l'assurance maladie (LAM). Ces derniers offrent des **services couverts** et sont rémunérés par la RAMQ.

Les **professionnels de la santé non participants** peuvent vous facturer le montant de leur choix pour un service rendu. Ceux-ci ne sont pas régis par la RAMQ et ne sont pas soumis à la LAM. Les consultations auprès de ces professionnels sont donc à vos frais.

Pour en savoir plus, consultez la page [Professionnels offrant des services couverts](#).

### Quels sont les professionnels dont les frais facturés ne sont pas remboursables?

Nous ne remboursons pas les frais facturés par ces professionnels lorsqu'ils sont à leur compte :

- Acupuncteurs
- Audiologistes
- Chiropraticiens
- Infirmières
- Kinésiologues
- Naturopathes
- Naturothérapeutes
- Nutritionnistes
- Ostéopathes
- Physiothérapeutes
- Podiatres
- Psychologues
- Massothérapeutes

\* Certaines exceptions s'appliquent.

Pour en savoir plus, consultez la page [Professionnels offrant des services couverts](#).

## Je considère que les frais facturés par un médecin sont trop élevés ou je remets en question la qualité de ses services. Que faire?

Vous pouvez porter plainte auprès du Collège des médecins du Québec.

### Par la poste :

Collège des médecins du Québec  
1250, boulevard René-Lévesque Ouest, Bureau 3500  
Montréal (Québec) H3B 0G2

### Par téléphone :

514 993-4441 (Montréal)  
1 888 633-3246 (sans frais)

## Quelles sont les conditions pour être admissible à un remboursement?

Vous pouvez obtenir un remboursement uniquement si les frais vous ayant été facturés sont couverts par l'assurance maladie ou en lien avec un [service couvert](#). Vous devez toutefois être assuré par l'assurance maladie du Québec à la date du service et avoir payé les frais que vous réclamez.

Pour savoir si le service pour lequel vous souhaitez demander le remboursement est couvert, veuillez consulter les pages :

- [Services médicaux](#)
- [Services dentaires](#)
- [Services optométriques](#)
- [Services pharmaceutiques](#)

La page [Autres services](#) contient de l'information sur les autres programmes d'aide financière (aides auditives, appareils pour personnes stomisées, etc.).

## J'ai reçu des soins médicaux d'un médecin non participant au régime public. Puis-je obtenir un remboursement?

Le [professionnel de la santé non participant](#) exerce en dehors des cadres de l'assurance maladie et n'est pas rémunéré selon les montants prévus à une entente. Il fixe lui-même ses tarifs, qui sont assumés entièrement par ses patients. Nous ne pouvons donc pas vous rembourser les sommes facturées par un professionnel non participant au régime public.

## Comment faire une demande de remboursement ?

Afin d'obtenir un remboursement en lien avec un [service couvert](#) (frais accessoires), vous devez nous faire parvenir le formulaire [Demande de remboursement \(frais accessoires\)](#), dûment rempli. Vous devrez y joindre :

- une copie des factures détaillées émises par la clinique médicale ou le professionnel de la santé;
- des preuves de paiements démontrant que les frais ont été payés à la clinique ou au professionnel.

Vous devrez envoyer votre demande à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3

N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'assurance maladie afin que nous puissions associer votre demande à votre dossier.

## Quel est le délai pour soumettre mes documents afin d'obtenir le remboursement des frais qui m'ont été facturés (frais accessoires)?

**Le délai est de 5 ans**, à compter de la date du paiement. Pour être admissible à un remboursement, vous devez présenter des preuves de paiement des frais facturés datées de **moins de 5 ans**. Au terme du délai de cinq ans, nous ne serons plus en mesure de vous rembourser.

Prenez note que les services payés **avant le 7 décembre 2015** ne pourront pas vous être remboursés, et ce, en raison des anciens délais prévus par la Loi.

## Quel est le délai de traitement d'une demande de remboursement de frais facturés illégalement par un professionnel de la santé?

Le délai de traitement est de **60 jours ouvrables**, après la réception des documents requis. Vous serez informé par écrit si le délai devait dépasser 60 jours ouvrables pour des raisons hors de notre contrôle.

## Je n'ai pas présenté ma carte d'assurance maladie valide lors d'une consultation avec un professionnel de la santé participant. Quel est le délai pour transmettre mes documents afin d'obtenir le remboursement d'honoraires professionnels (salaire) m'ayant été facturés?

**Un an**, à compter de la date du service. Vous avez le droit de demander le remboursement des honoraires professionnels vous ayant été facturés **dans l'année suivant** la date à laquelle vous avez reçu le [service couvert](#).

## Puis-je gérer une demande de remboursement pour un ami ou un membre de ma famille?

Pour agir au nom d'une personne majeure ou d'un enfant dont vous n'êtes pas le tuteur légal, vous devez nous **fournir une procuration**, signée par la personne que vous représentez.

Si votre demande de remboursement est en lien avec un [service couvert](#) (frais accessoires), vous n'avez qu'à remplir la section 5 du formulaire [Demande de remboursement \(frais accessoires\)](#) et nous le faire parvenir par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3

Si la demande n'est pas accompagnée d'une procuration, nous communiquerons uniquement avec la personne concernée.

# SERVICES COUVERTS ET SERVICES NON COUVERTS

## Quels sont les services couverts par l'assurance maladie?

Nous ne couvrons pas tous les services médicaux. En effet, certains d'entre eux peuvent vous être facturés : les services non couverts par le régime public et ceux offerts par les [professionnels qui exercent en dehors du cadre du régime public](#) (non participants).

Les services couverts par l'assurance maladie du Québec sont ceux qui sont requis au point de vue médical. Ils doivent être fournis par un professionnel participant.

Pour en savoir plus sur les [services couverts](#) par le régime public, consultez les pages suivantes :

- [Services médicaux](#)
- [Services dentaires](#)
- [Services optométriques](#)
- [Services pharmaceutiques](#)

## Quels sont les services non couverts par l'assurance maladie?

Les [services non couverts](#) correspondent généralement aux actes posés par un [professionnel non participant](#) au régime public, aux interventions non requises médicalement ou aux interventions visées par le [Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#). Les services qui ne sont pas liés à la prévention ou à la guérison de maladies ne sont pas couverts. Ils sont donc à vos frais.

Il est important de préciser que certains services ne sont pas couverts en clinique, alors qu'ils le sont à l'hôpital. N'hésitez donc pas à vérifier si des frais vous seront facturés avant de recevoir un service.

## Les frais facturés par les établissements de santé (centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, etc.) sont-ils remboursables par la RAMQ?

Non. Nous ne remboursons pas les frais facturés par les établissements de santé. Pour faire une réclamation ou une plainte concernant un établissement de santé, vous devrez donc vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

Cependant, si le médecin d'un **établissement de santé** vous a facturé ses **honoraires** (son salaire), remplissez le formulaire [Demande de remboursement \(carte expirée ou non présentée\)](#) et faites-le-nous parvenir par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3

## Le transport en ambulance est-il un service couvert?

Non. Nous ne couvrons pas les coûts de transport par ambulance. Pour en savoir plus sur le coût du transport ambulancier ainsi que sur les mesures d'exception gouvernementales, veuillez consulter le site Internet de [Services Québec](#).

## Puis-je demander qu'un service non couvert le soit exceptionnellement?

Nous ne pouvons pas dédier des sommes aux personnes ayant payé pour des [services non couverts](#). Nous ne pouvons donc pas vous rembourser les frais qui y sont liés.

# OPHTALMOLOGIE

## Quels services ophtalmologiques sont couverts?

Les frais suivants **ne peuvent pas vous être facturés** par un [médecin participant](#), s'ils sont en lien avec un [service couvert](#) :

- Gouttes oculaires de toute nature (mydriatique, anesthésiques et autres)
- Biométrie optique
- Rétinophotographie
- Extraction de cataracte (toute technique, incluant l'utilisation du laser)
- Tomographie en cohérence optique (OCT) réalisée en clinique en vue du traitement, par une injection intravitréenne, de l'une des pathologies suivantes :
  - la dégénérescence maculaire liée à l'âge
  - l'œdème maculaire causé par une occlusion veineuse
  - l'œdème maculaire diabétique
  - la rétinopathie du prématuré
  - la myopie pathologique
  - le glaucome néovasculaire
  - la rétinopathie diabétique néovasculaire

Les lentilles souples de base (lentilles intraoculaires pliables monopièce monofocales asphériques), posées sur la cornée lors d'une intervention chirurgicale au laser, sont couvertes, donc sans frais. Les lentilles toriques ou de spécialité ne sont pas couvertes. Ainsi, si vous souhaitez obtenir des lentilles autres que celles qui sont couvertes, vous devrez payer les frais correspondant à l'écart entre le coût de vos lentilles et de celles qui sont couvertes.

## Quels services ophtalmologiques ne sont pas couverts?

Les frais suivants peuvent vous être facturés, puisqu'ils sont liés à un [service non couvert](#) :

- Chirurgie pour corriger la vision, visant à éviter le port de lunettes ou de verres de contact (ex. : chirurgie réfractive au laser). À cela font exception les personnes remplissant les 2 conditions suivantes :
  - Échec documenté du port de lunettes et de verres de contact
  - Anisométrie de plus de 5 dioptries ou astigmatisme de plus de 3 dioptries
- Tomographie par cohérence optique (OCT) réalisée en clinique et **qui n'est pas liée** à une injection intravitréenne pour l'une des pathologies suivantes :
  - dégénérescence maculaire liée à l'âge
  - œdème maculaire causé par une occlusion veineuse
  - œdème maculaire diabétique
  - rétinopathie du prématuré
  - myopie pathologique
  - glaucome néovasculaire
  - rétinopathie diabétique néovasculaire
- Échographie de l'œil réalisée en clinique par un médecin autre qu'un radiologiste participant au régime public
- Biométrie ou pachymétrie ultrasonographique de l'œil réalisée en clinique

# OPTOMÉTRIE

La plupart des [services optométriques](#) ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

## **Pour qui les services optométriques sont-ils couverts?**

Vous pouvez bénéficier de services optométriques couverts si vous êtes assuré par l'assurance maladie et que vous répondez à certains critères. Pour en savoir davantage, consultez la page [Services optométriques](#).

## **Existe-t-il des services optométriques couverts pour l'ensemble des personnes assurées?**

Oui. Consultez la page [Services optométriques](#) pour en savoir plus.

## **Un optométriste peut-il facturer des gouttes oculaires?**

L'administration de gouttes oculaires durant un [service couvert](#) ne peut vous être facturée par un optométriste participant au régime public, que le service soit rendu en clinique ou en centre hospitalier. Cependant, si vous désirez vous procurer des gouttes pour la maison, vous devrez payer ces dernières.

## **L'achat de lunettes ou de verres de contact est-il couvert par l'assurance maladie?**

Non. L'achat de lunettes de prescription ou de verres de contact n'est pas couvert par le régime public. Par conséquent, nous ne remboursons pas les frais facturés pour ce service.

## **Je considère que les frais facturés par mon optométriste sont trop élevés ou je remets en question la qualité de ses services. Que faire?**

Vous pouvez porter plainte auprès de l'Ordre des optométristes du Québec.

### **Par la poste :**

Bureau du syndic  
Ordre des optométristes du Québec  
1265, rue Berri, bureau 505  
Montréal (Québec) H2L 4X4

### **Par téléphone :**

514 499-0524, poste 230 (Montréal)  
1 888 499-0524 (sans frais)

# SERVICES DENTAIRES

## Pour qui les services dentaires sont-ils couverts?

Très peu de services dentaires sont couverts par le régime public. Pour y être admissible, la personne doit être âgée de moins de 10 ans ou être prestataire d'une aide financière de dernier recours et détenir un carnet de réclamation valide depuis au moins 12 mois.

Pour connaître les services couverts pour ces clientèles, consultez la page [Services dentaires](#).

## Est-ce possible d'obtenir une aide financière pour des traitements d'orthodontie?

Non. Les services d'orthodontie ne sont pas couverts, peu importe la raison pour laquelle le traitement est requis. C'est la même règle pour tous. Par conséquent, nous ne remboursons pas les frais qui peuvent vous être facturés pour ce service.

## J'ai besoin de services dentaires couverts par le carnet de réclamation, mais je suis en période d'attente (délai de carence). Que faire?

Vous n'êtes pas admissible aux services couverts pendant la période d'attente. Tous les services reçus avant votre date d'admissibilité aux [services dentaires couverts](#) sont à vos frais. Lorsque vous serez admissible, nous couvrirons les frais dentaires auxquels vous avez droit. Certaines exceptions s'appliquent.

## Je dois changer mes prothèses dentaires avant la date de renouvellement permise. Est-ce possible?

Oui. Si vous détenez un carnet de réclamation valide depuis au moins 24 mois consécutifs, votre prothèse dentaire (complète ou partielle) est couverte pour une période de 8 ans.

Si vous **perdez ou brisez votre prothèse** avant la fin du délai de 8 ans, vous pourriez être admissible à une aide financière. Renseignez-vous auprès de votre Centre local d'emploi (CLE) pour savoir comment obtenir l'autorisation préalable dont vous aurez besoin.

Les prothèses métalliques (vitallium) et celles sur implants ne sont pas couvertes.

## Je considère que les frais facturés par mon dentiste sont trop élevés ou je remets en question la qualité de ses services. Que faire?

Vous pouvez porter plainte auprès de l'Ordre des dentistes du Québec.

### Par la poste :

Bureau du syndic  
Ordre des dentistes du Québec  
800, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 1640  
Montréal (Québec) H3B 1X9

### Par téléphone :

514 875-8511, poste 2270 (Montréal)  
1 800 361-4887 (sans frais)

# FRAIS ADMINISTRATIFS

En général, une démarche administrative liée à un [service couvert](#) rendu par un [médecin participant](#) au régime public ne peut vous être facturée. À l'inverse, une démarche administrative effectuée à votre demande peut vous être facturée, qu'elle soit liée à un service couvert ou non couvert.

## Peut-on facturer :

### des frais d'ouverture de dossier?

Non. L'ouverture d'un dossier dans une clinique où exercent des [médecins participant](#) au régime public ne peut vous être facturée, puisque cette procédure est liée à un [service couvert](#).

### des frais pour un rendez-vous manqué?

Oui. Un [médecin participant](#) au régime public est en droit de vous facturer des frais pour un rendez-vous manqué. Il doit cependant annoncer la politique de sa clinique et les frais associés.

### le renouvellement d'une ordonnance?

Le renouvellement d'une ordonnance ne peut vous être facturé lors d'une visite chez un [médecin participant](#) au régime public s'il vous rend des [services médicaux couverts](#) par la même occasion. Ce principe s'applique également pour une nouvelle ordonnance et pour le remplacement d'une ordonnance perdue.

Cependant, des frais pour renouveler une ordonnance peuvent vous être facturés si vous n'effectuez aucune visite chez le médecin ou si ce service est le seul objet de votre visite.

### le remplissage d'un formulaire?

Oui. Le remplissage d'un certificat médical (formulaire) par un médecin n'est pas un [service couvert](#), sauf exception. Ainsi, des frais peuvent vous être facturés pour ce service et ils ne sont pas remboursables.

## Exceptions – Formulaires couverts :

Le remplissage de certains certificats médicaux (formulaires) et les examens qui leur sont associés, si requis, sont couverts dans les cas suivants :

- Constatation de décès
- Examen médico-légal des victimes d'agressions sexuelles
- 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
- Examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public
- 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)
- Examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse

Par ailleurs, certains formulaires sont requis dans le cadre d'une demande d'autorisation destinée à la RAMQ. De ce fait, aucuns frais ne peuvent vous être facturés pour le remplissage des formulaires suivants :

- Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception
- Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception
- Demande d'autorisation en plastie

### **la rédaction d'un rapport, d'une recommandation ou d'une attestation?**

La rédaction d'un rapport, d'une recommandation (ex. : un billet d'absence) ou d'une attestation ne peut vous être facturée lorsqu'elle est liée à un **service couvert** rendu par un **médecin participant**.

Toutefois, la rédaction d'un rapport effectuée pour vous-même ou pour un tiers (ex. : un assureur, un employeur, un professionnel de la santé non participant au régime public ou la Société de l'assurance automobile du Québec) peut vous être facturée.

### **la copie d'un dossier médical, la copie d'images sur un support numérique (ex. : CD, DVD), la rédaction d'un résumé, la photocopie, la télécopie et le transfert d'un dossier?**

La copie d'un dossier médical, y compris les images, la rédaction d'un résumé, la photocopie, la télécopie et le transfert d'un dossier ne peuvent vous être facturés lorsqu'ils sont liés à un **service couvert** rendu par un **médecin participant** au régime public.

Cependant, si vous demandez ces services pour un tiers (ex. : un assureur, un employeur, un professionnel de la santé non participant au régime public, la Société de l'assurance automobile du Québec) ou pour une raison sans lien avec un service couvert, des frais peuvent vous être facturés.

### **les frais de transport d'un prélèvement?**

**Depuis le 26 janvier 2017**, des frais peuvent vous être facturés pour le transport d'un prélèvement pour des fins d'analyse. Les sommes facturées ne peuvent toutefois pas dépasser :

- 15 \$ pour le transport de prélèvement comprenant du sang
- 5 \$ pour le transport de tout autre prélèvement (ex. : culture pour examen bactériologique)

Ces frais ne peuvent vous être facturés qu'une seule fois par séance de prélèvement, même s'il y a plus d'un prélèvement à transporter.

# MÉDICAMENTS ET FOURNITURES

Les médicaments, les agents anesthésiques, les fournitures et les équipements utilisés durant un **service couvert** ne peuvent vous être facturés par un **médecin participant** au régime public ni par un professionnel à l'emploi d'une clinique où exerce un médecin participant.

## Peut-on me facturer :

### le matériel ou les médicaments utilisés durant un service couvert?

Les médicaments nécessaires à un traitement sont couverts uniquement lorsqu'ils sont utilisés lors d'un **service couvert**, puisqu'ils sont inclus dans le service. Les médicaments utilisés durant un service non couvert, donc non médicalement requis, peuvent vous être facturés.

Quant aux fournitures, aux équipements ou au matériel utilisés par un **médecin participant** au régime public lors d'un service couvert, ils ne peuvent vous être facturés, puisqu'ils sont inclus dans le service. Certaines exceptions s'appliquent.

Un médecin participant au régime public qui prévoit vous rendre un service (ex. : une injection) est en droit de vous demander de vous procurer en pharmacie les médicaments nécessaires à ce service. Cependant, il ne peut pas vous demander de vous procurer le matériel essentiel au service (ex. : trousse d'injection), puisqu'il est inclus dans le service.

### l'azote liquide?

L'azote liquide ne peut pas vous être facturé par un **médecin participant** au régime public lorsqu'il est utilisé lors d'un **service couvert**. Cependant, l'azote liquide peut vous être facturé si le service rendu n'est pas couvert, donc non médicalement requis.

### les produits d'infiltration et d'injection?

Les produits d'infiltration et d'injection utilisés durant un **service couvert** ne peuvent vous être facturés par un **médecin participant** au régime public ni par la clinique où il pratique. Cependant, ce médecin est en droit de vous demander de vous procurer le produit d'injection ou d'infiltration à vos frais en pharmacie.

### les viscosuppléments?

Les viscosuppléments utilisés durant un **service couvert** ne peuvent vous être facturés par un **médecin participant** au régime public ni par la clinique où il pratique. Cependant, ce médecin est en droit de vous demander de vous procurer le viscosupplément à vos frais chez un tiers (ex. : pharmacie).

### les stérilets?

Le **stérilet hormonal** ne peut vous être facturé par un **médecin participant** au régime public. Cependant, ce médecin peut vous demander de vous procurer le stérilet hormonal à vos frais en pharmacie.

Le **stérilet au cuivre** est fourni par le réseau de la santé lorsque la pose est effectuée immédiatement après une interruption volontaire de grossesse (IVG), réalisée dans certaines cliniques privées et

certaines centres de santé des femmes. Si le stérilet au cuivre n'est pas lié à une IVG, vous devez vous le procurer à vos frais en pharmacie.

### les plâtres?

Un **médecin participant** au régime public ne peut vous facturer un plâtre de base (plâtre de Paris). Cependant, si vous souhaitez obtenir un plâtre haut de gamme (ex. : un plâtre en fibre de verre), vous devrez payer la différence entre son coût et celui du plâtre de base.

### les attelles?

Un **médecin participant** au régime public ne peut vous facturer une attelle de base. Cependant, si vous souhaitez obtenir une attelle haut de gamme, vous devrez payer la différence entre son coût et celui d'une attelle de base.

### l'immobilisation par bandage (*taping*)?

Non. Un **médecin participant** au régime public ne peut vous facturer le bandage utilisé pour l'immobilisation (*taping*).

## TESTS DIAGNOSTIQUES

### Peut-on me facturer :

#### la réalisation de tests simples? (« strep test », tests de dépistage d'infections transmises sexuellement et par le sang, bâtonnet d'urine, test de grossesse, test de glycémie, etc.)

La réalisation de tests simples ne peut vous être facturée lorsqu'elle est effectuée par un **médecin participant** ou par un professionnel non autonome (ex. : infirmière à l'emploi d'une clinique où exercent des médecins participants). Dans ces circonstances, il s'agit de frais liés à un **service couvert**.

Cependant, ce service peut vous être facturé par un laboratoire si l'analyse de ce dernier ne nécessite pas l'intervention d'un médecin participant.

#### la réalisation d'un électrocardiogramme?

La réalisation d'un électrocardiogramme ne peut vous être facturée par un **médecin participant** ni par un professionnel non autonome, comme une infirmière à l'emploi d'une clinique où exercent des médecins participants.

Cependant, la réalisation d'un électrocardiogramme au repos peut vous être facturée par un laboratoire si l'interprétation du résultat est faite par le professionnel qui vous y a référé.

#### la réalisation de tests d'apnée du sommeil?

La réalisation de tests d'apnée du sommeil ne peut vous être facturée par un laboratoire, un **médecin participant** ou un professionnel non autonome (ex. : infirmière à l'emploi d'une clinique où exercent des médecins participants).

Cependant, la réalisation d'un enregistrement pour un test d'apnée du sommeil peut vous être facturée par un laboratoire lorsque le résultat transmis par le laboratoire n'inclut pas l'interprétation des résultats par un médecin.

### **l'échographie?**

Les frais pour une échographie (ou ultrasonographie) ne peuvent vous être facturés lorsque cette dernière est réalisée :

- dans un établissement de santé (CLSC, CHSLD, centres hospitaliers, etc.)  
OU
- par un **médecin radiologiste participant** au régime public

Prenez note qu'une échographie effectuée dans le cadre du Programme d'accès universel gratuit à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive) ne peut vous être facturée lorsqu'elle est réalisée par un **médecin participant**.

### **la radiographie?**

Les services de radiologie rendus par un **médecin participant** ne peuvent vous être facturés, sauf s'ils sont effectués :

- en vue de rendre un service non couvert  
OU
- par une personne autre qu'un ~~médecin ou un dentiste~~

### **la mammographie?**

La **mammographie diagnostique** est un **service couvert** et ne peut vous être facturée lorsqu'elle est réalisée par un **médecin participant**.

La **mammographie de dépistage** ne peut vous être facturée par un médecin participant dans les conditions suivantes :

- Elle est réalisée dans l'un des centres de dépistage désignés par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
- Elle est réalisée pour des femmes de 35 ans ou plus
- Elle n'a pas été réalisée depuis 1 an

### **un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM)?**

L'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas un **service couvert** par l'assurance maladie. Des frais peuvent donc vous être facturés pour ce service, s'il est rendu en clinique.

### **un examen de tomodensitométrie (TDM), aussi appelé TACO?**

L'examen de tomodensitométrie (TDM), aussi appelé TACO, n'est pas un **service couvert** par l'assurance maladie. Des frais peuvent donc vous être facturés pour ce service, s'il est rendu en clinique.

## **une vasectomie?**

La vasectomie est un **service couvert** par l'assurance maladie. Par conséquent, aucuns frais ne peuvent vous être facturés pour ce service.