

**L**A DIRECTION DES AFFAIRES PROFESSIONNELLES a mis sur pied divers ateliers de formation sur la facturation. Si vous êtes intéressés, adressez-vous à votre association régionale ou provinciale. Comme nous sommes conscients que vous ne pourrez pas tous assister à ces ateliers, nous lançons une nouvelle chronique mensuelle sur le sujet qui contiendra les mêmes informations. Que vous soyez nouvellement en pratique ou un praticien chevronné, l'information sera pertinente, utile et, croyons-nous, rentable. Les sujets seront parfois généraux et d'autres fois très ciblés ou liés à un mode de rémunération ou à un lieu de pratique. Pour vous aider à en repérer la portée, chaque article comportera un « onglet » en indiquant le thème. Nous vous encourageons à découper et à conserver les articles pour référence future. Si vous trouvez cet exercice trop fastidieux, vous pourrez retrouver facilement les articles antérieurs à l'aide du moteur de recherche du *Médecin du Québec* dans le site Internet de la Fédération au [www.fmqo.org](http://www.fmqo.org)

**Bonne lecture et bonne facturation !**

# Les principes généraux de la facturation

*Quatre notions fondamentales encadrent la facturation de services médicaux à la Régie de l'assurance maladie du Québec : médecin participant, services nécessaires d'un point de vue médical, services assurés et conformité à l'Entente.*

## Médecin participant

De façon générale, pour réclamer des honoraires à la RAMQ, un médecin doit être « participant ». Il est alors lié par l'Entente négociée entre la FMOQ et le MSSS et ne peut réclamer au patient des honoraires lorsqu'il prodigue des services assurés. Si jamais le médecin veut devenir « non participant », il doit respecter des exigences strictes qui sont énoncées dans la Loi sur l'assurance-maladie : faire parvenir à la Régie de l'assurance maladie un avis écrit par courrier recommandé, respecter un délai de 30 jours permettant au ministre de la Santé et des Services sociaux d'évaluer si le retrait met en danger la prestation de services à la population de la région et remettre en main propre à chaque patient un avis écrit dont la teneur est prescrite par la loi. Les exigences de la loi sont reprises à l'article 16.01 tandis que le texte de l'avis est reproduit à l'Annexe III de l'Entente. Pour redevenir participant, le médecin non participant doit de nouveau

*Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*

donner un avis écrit par courrier recommandé à la RAMQ et attendre huit jours avant de réclamer des honoraires à la RAMQ.

Le médecin non participant doit réclamer les honoraires pour ses services à son patient, mais n'est pas lié par les tarifs prévus à l'Entente. Dans une situation d'urgence, il est prévu que la RAMQ peut verser des honoraires à un médecin non participant qui a prodigué des soins immédiatement requis à un patient bénéficiaire du régime. Dans ces situations exceptionnelles, les sommes réclamées seront celles que prévoit l'Entente.

## Services nécessaires d'un point de vue médical

La Loi sur l'assurance-maladie prévoit de façon générale que les services assurés par la RAMQ sont ceux qui sont nécessaires d'un point de vue médical. L'Entente permet parfois la facturation de services qui ne le sont pas, généralement à la suite d'ententes conclues avec des tiers telles que le ministère de la Sécurité publique ou la Commission de la santé et de la sécurité au travail.

Il revient au médecin de juger de ce qui est nécessaire ou non, au cas par cas. Il n'y a malheureusement pas de

*(Suite à la page 175) >>>*

## En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 176)

balises formelles à cette notion, bien que des services curatifs et préventifs répondent généralement à cette exigence. Le jugement du médecin peut faire l'objet de contrôles : une inspection de la RAMQ trouve souvent son origine dans une interrogation quant à la nécessité d'examen ou d'actes lorsque leur fréquence est élevée.

Il y a lieu de faire la distinction entre ce qui est nécessaire d'un point de vue médical et ce qui est nécessaire sur le plan administratif. Le fait que le règlement d'un établissement ou qu'une loi exige qu'un examen soit effectué ne le rend pas assuré pour autant. À titre d'exemple, la loi prévoit que pour conserver sa licence de pilotage, une personne doit subir un examen physique à une fréquence donnée. Comme un tel examen n'est pas nécessaire d'un point de vue médical, il ne s'agit pas d'un service assuré. Le même raisonnement s'appliquerait à l'examen quotidien en soins prolongés effectué exclusivement pour respecter un règlement de l'établissement.

Au-delà du libellé d'un acte, le médecin doit toujours avoir en tête cette notion fondamentale qu'est la « nécessité médicale » lorsqu'il s'interroge sur ce qu'il peut facturer dans une situation donnée.

### Services assurés

Le fait qu'un service soit nécessaire d'un point de vue médical ne suffit pas à en faire un service assuré. Ce qui est assuré dans la loi ou les règlements. La qualification peut être fonction de la visée (thérapeutique ou esthétique), du contexte (associé à un examen ou non) ou du lieu où sont prodigués les soins (échographie en établissement ou en cabinet). Il faut donc aussi se demander si un service nécessaire est assuré.

### Conformité à l'Entente

Enfin, pour donner droit à un paiement de la part de la RAMQ, le service offert doit aussi être conforme aux modalités de l'Entente. Chaque examen ou chaque acte a un libellé plus ou moins spécifique qui doit être respecté. Les exigences particulières de plusieurs examens ou actes seront abordés dans des articles à venir. D'ici là, reprenez deux règles supplémentaires

font toujours partie des exigences de facturation :

● Le médecin doit lui-même fournir le service. Il peut toutefois faire appel à la participation de personnel auxiliaire. Le degré de participation du médecin n'est pas précisé, et la question n'a pas fait l'objet d'interprétation ou de différend, si ce n'est pour préciser que la participation de personnel auxiliaire n'a pas à être purement accessoire. Le médecin doit donc exercer son jugement.

En contrepartie, le médecin ne peut facturer au patient les honoraires de ce personnel auxiliaire. À titre d'illustration, le médecin qui engage une infirmière pour l'assister lors de petites chirurgies en cabinet ne peut pas facturer au patient des honoraires pour rémunérer cette infirmière.

● Sauf exception, il est interdit de demander paiement au patient en rapport avec la prestation d'un service médical assuré. Cette interdiction vise les éléments dits « accessoires » à la prestation d'un service assuré (par exemple, la seringue qui sert à administrer une injection assurée en cabinet). Les exceptions sont énoncées à l'article 1.1.4 du préambule général de l'Entente. Il s'agit des médicaments, des agents anesthésiques et des stérilets que le médecin peut donc facturer au patient.

Lorsque le médecin évalue la somme qu'il doit réclamer pour un médicament ou pour un autre article, il doit tenir compte du coût, mais aussi des frais d'entreposage et de gestion du stock, du risque de perte liée à la conservation ou au bris de la chaîne de froid, des frais d'assurance et des frais de livraison. Pour vous aider, la Fédération a établi, à titre indicatif, une grille de tarification, dont copie a été soumise au Collège des médecins. Plusieurs associations régionales ont aussi établi des grilles.

**S**I VOUS AVEZ DES QUESTIONS, n'hésitez pas à communiquer avec la direction par courriel, à [mdesrosiers@fmoq.org](mailto:mdesrosiers@fmoq.org), ou encore par téléphone, au (514) 878-1911 ou au 1 800 361-8499. Qui sait, vos questions pourraient donner lieu à un futur article. ☎

Date de réception : 20 janvier 2006  
Date d'acceptation : 27 janvier 2006