

1. Examens médicaux non assurés

EXEMPLES

- Examen exigé par compagnie d'assurance
 - Examen préemploi et en cours d'emploi
 - Examen pour émission de passeport ou d'autres fins analogues
 - Examen pour confirmer une invalidité
 - Examen exigé par la SAAQ
 - Bilan de santé (colonie de vacances, institution scolaire, centre sportif, etc.)
- Taux horaire : 255 \$/h **tarif de base 50 \$**

2. Certificats, rapports, attestations et formulaires médicaux

À la demande d'un tiers ou non liés à la dispensation d'un service assuré*.

EXEMPLES

- attestations (santé, billet d'absence travail/école, retour au travail, etc.)
- formulaires préétablis (SAAQ, ass salaire/chômage, RRQ, etc.)
- rapports pour compagnie d'assurance
- rapports préemploi et emploi

2 pages et moins **40 \$**
 3 pages et plus (taux horaire : 255 \$/h) **tarif de base 75 \$**

3. Autres services non assurés

SERVICES GÉNÉRAUX

- Consultation téléphonique – **Seulement lorsque la personne ou la situation n'est pas assurée**
 Taux horaire : 255 \$/h **tarif de base 25 \$**
 (*) Les services liés à la COVID-19 fournis par correspondance ou par voie de télécommunication par des professionnels de la santé sont considérés comme des services assurés en vertu du Décret n° 177-2020 du 13 mars 2020.
- Renouvellement d'une ordonnance (demande par appel téléphonique ou lors d'une visite sans évaluation médicale) **25 à 45 \$**
- Résumé de dossier (à la demande d'un tiers ou non liés à la dispensation d'un service assuré)*. Taux horaire : 255 \$/h **tarif de base 75 \$**

4. Services administratifs et matériel

À la demande d'un tiers ou non liés à la dispensation d'un service assuré*.

PHOTOCOPIE OU TÉLÉCOPIE

- 1 à 5 pages **5 \$**
- Pages supplémentaires **0,50 \$/p**
- Frais interurbains **10 à 20 \$**
- Frais de transmission dans un contexte autre que la continuité de soins (dossier, cliché, film, CD, etc.) **10 à 30 \$**
- Duplicata selon le support dans un contexte autre que la continuité de soins (film, disquette, microfilm, cassette, etc) **10 à 40 \$**
- Chèque sans provision **30 \$**

5. Frais divers

- Transport d'échantillons biologiques comprenant un prélèvement sanguin (tarif maximum fixé par règlement) jusqu'à **15 \$**
- Transport de tout autre échantillon biologique (tarif maximum fixé par règlement) jusqu'à **5 \$**
- Rendez-vous non respecté par le patient **30 à 80 \$**
 - Prévavis de moins de 24 heures ou patient qui ne se présente pas (selon les critères du Collège des médecins du Québec)

6. Taux horaire

- Activités médicales non assurées ou administratives Taux horaire : 255 \$/h

7. Activités d'expertise médicale et medico-légale

Taux horaire de la Société des experts en évaluation médico-légale du Québec **525 \$/h**

Toute personne assurée qui se voit exiger un paiement à l'encontre des dispositions de l'article 22.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie a droit d'en réclamer le remboursement auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette demande doit être faite par écrit dans un délai de cinq (5) ans suivant la date du paiement.

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC A APPROUVÉ LE CONTENU INTÉGRAL DE CE DOCUMENT

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

GUIDE NON EXHAUSTIF

Le présent guide tarifaire n'est pas exhaustif. Il appartient au médecin d'y annexer la liste des autres services non assurés qu'il dispense à ses patients, tels les services d'imagerie médicale, les services rendus à des fins esthétiques, les services de chirurgie, les services d'anesthésie, etc. Nous vous rappelons à cet égard que le médecin, dans l'élaboration des tarifs qui seront réclamés au patient pour chacun de ces services, doit s'assurer de respecter le premier alinéa de l'article 104 du Code de déontologie qui prévoit que « le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus ». Il appartient également au médecin d'afficher les tarifs exacts qu'il facture et de prendre connaissance de la position de la RAMQ avant de déterminer si le paiement peut être réclamé au patient.

* Nous vous invitons à consulter la Foire aux questions de la RAMQ : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/services-assures/Pages/faq.aspx>.

VALIDITÉ DES TARIFS

Le Collège des médecins du Québec peut être appelé à se prononcer sur la justesse des tarifs que le médecin réclame à un patient. Dans ce cas, le Collège évaluera l'ensemble des éléments pertinents, dont les tarifs proposés dans ce guide ne sont qu'un des éléments. Les tarifs suggérés dans le présent guide le sont à titre indicatif seulement et ne peuvent engager la responsabilité de la FMSQ. Vous pourriez devoir modifier ces tarifs à la lumière des contraintes déontologiques et de votre réalité locale.

INFORMATION AU PATIENT

Il est important de toujours informer le patient, avant de lui prodiguer un service, que des frais lui seront facturés.

PERSONNES NON ASSURÉES, MÉDECINS NON PARTICIPANTS OU SERVICES FOURNIS PAR UN TIERS

Le présent guide tarifaire ne comprend pas les honoraires pour tous les services médicaux dispensés à des personnes non assurées (ex. : résidents d'autres provinces ou d'autres pays) qui peuvent être réclamés de ces personnes.

Il ne comprend également pas les honoraires qui peuvent être exigés d'une personne assurée pour les services médicaux dispensés par un médecin non participant au régime d'assurance maladie du Québec.

Il ne comprend pas les honoraires pour tous les services qui peuvent être fournis par des tiers.

FRAIS ENGAGÉS AUX FINS DE LA DISPENSATION DE SERVICES ASSURÉS

En vertu de la Loi sur l'assurance maladie : Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé.

Constituent notamment de tels frais ceux liés :
 1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnel ou d'un centre médical spécialisé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
 2° aux services, fournitures, médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service.

Ne constituent pas de tels frais ceux liés à des services non considérés comme assurés requis avant, pendant ou après la dispensation d'un service assuré.

Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement.

Malgré les interdictions précédemment énoncées, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé.

AFFICHAGE ET FACTURATION Loi sur l'assurance maladie du Québec

La Loi sur l'assurance maladie prévoit que le médecin participant ou désengagé qui exerce dans un cabinet privé ou le médecin participant qui exerce dans un centre médical spécialisé (CMS) doit afficher à la vue du public, dans la salle d'attente du cabinet ou du centre médical spécialisé où il exerce, le tarif des frais qu'il peut réclamer d'une personne assurée suivant un règlement du gouvernement découlant de la Loi sur l'assurance maladie, ainsi que le tarif des services médicaux qu'il rend et qui sont non assurés ou non considérés comme assurés par règlement.

Une même affiche peut servir pour les médecins qui partagent la même salle d'attente.

Aucun autre montant que celui affiché ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour l'obtention d'un service médical dans un

cabinet privé ou dans un centre médical spécialisé.

Lorsqu'un paiement est exigé d'une personne assurée, une facture détaillée doit lui être remise. Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des frais visés ci-dessus et pour chacun des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés.

L'affiche et la facture doivent faire mention du droit de la personne qui se voit exiger un paiement à l'encontre des dispositions de l'article 22.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie d'en réclamer le remboursement auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le non-respect d'une de ces obligations peut entraîner l'imposition d'amendes au médecin.

Code de déontologie des médecins

L'article 105 du Code de déontologie des médecins prévoit que « le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le prix réclamé et préciser la période de validité du prix, le cas échéant. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement. Il doit notamment identifier distinctement le coût de ses honoraires et le prix des fournitures médicales, des appareils, des médicaments et des produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé. Il doit afficher à la vue du public, dans l'aire d'attente du lieu où il exerce, le prix des services, fournitures et frais accessoires, et des soins médicaux qu'il facture ».

Ainsi, certaines distinctions peuvent être relevées entre les obligations prévues au Code de déontologie et celles prévues par la Loi sur l'assurance maladie, dont les suivantes :

1. Contrairement à ce qui est prévu par la Loi sur l'assurance maladie, l'obligation d'affichage, également prévue par le Code de déontologie des médecins, s'applique non seulement dans le cabinet du médecin ou dans un CMS, mais dans tous lieux où il exerce. Ainsi, puisque certains honoraires et frais pourraient être réclamés à un patient en milieu hospitalier, ceci fait donc en sorte, selon nous, que le prix des services doit également être affiché dans l'aire d'attente où le médecin exerce en milieu hospitalier ;

2. Contrairement à ce qui est prévu par la Loi sur l'assurance maladie, les obligations d'affichage et d'information détaillée prévues par le Code de déontologie des médecins s'appliquent aussi au médecin non participant.

Le patient peut également contester le montant d'un compte d'honoraires en faisant une demande de conciliation auprès du bureau du syndic du Collège des médecins.

TARIF HORAIRE

Les frais de tout service non assuré et non prévu dans le présent guide peuvent être réclamés au patient selon le tarif horaire applicable.

SERVICES DISPENSÉS EN MILIEU HOSPITALIER

Les frais des services non assurés qui sont fournis en milieu hospitalier par un médecin peuvent également être réclamés à un patient.

FRAIS POUR UN RENDEZ-VOUS NON RESPECTÉ

Certaines conditions sont applicables en ce qui a trait à la facturation des frais pour rendez-vous annulé moins de 24 heures à l'avance ou non respecté par le patient, qu'il s'agisse d'un rendez-vous couvert par la RAMQ ou non. Le Collège des médecins du Québec exige notamment le respect des conditions suivantes lorsqu'un médecin prévoit réclamer de tels frais au patient :

- a) Des informations précises au sujet des frais pour les rendez-vous non respectés ont été données au patient lors de la prise de rendez-vous ;
- b) Le médecin est en mesure de démontrer qu'il n'a pu occuper ce temps de rendez-vous avec d'autres activités professionnelles ;
- c) Les sommes réclamées sont raisonnables ;
- d) Il est permis que le patient puisse annuler son rendez-vous à 24 heures d'avis ;
- e) Il ne s'agit pas d'un cas fortuit ou de force majeure faisant en sorte que le patient n'a pu se présenter à son rendez-vous ».

Nous vous référons à cet égard au document publié par le Collège des médecins du Québec à l'adresse suivante : <http://www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo7.pdf>