



**MANUEL
DU PROGRAMME
DES AIDES AUDITIVES
(n° 290)**

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN : 978-2-550-62246-8

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



MANUEL DU PROGRAMME DES AIDES AUDITIVES

MISE À JOUR 39
MAI 2011

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

PAGE TITRE

- Modification d'ordre administratif.

TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif.

Pages : [1](#) à 4

2. FOURNISSEURS

- Modification de l'adresse du fournisseur Adaptatech Inc.

Page : [4](#)

5. FACTURATION DES AIDES AUDITIVES

- Nouvel onglet 5. *Facturation des aides auditives* remplace l'ancien onglet 5. *Rédaction de la demande de paiement*.
- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

Pages : [1](#) à 18

6. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE

- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

Pages : [1](#) à 9

7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

Pages : [1](#) à 17

8.3.3 CODES ADMINISTRATIFS

- Nouvel onglet 8.3.3 *Codes administratif* remplace l'ancien onglet 8. *Accessoires et embouts, services - réparation*.
- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

Pages : 1 à 11

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 222 / 2011-01-19, 258 / 2011-03-03, 243 / 2011-02-11, 248 / 2011-02-16, 037 / 2011-05-11.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-62246-8

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| 1. PERSONNES ASSURÉES | 1 |
| 1.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES ADMIS- SIBLES AU PROGRAMME DES AIDES AUDITIVES..... | 1 |
| 1.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE | 1 |
| 1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie | 1 |
| 1.2.2 Modèles de carte..... | 2 |
| 1.2.3 Vérification de la carte (Validité) | 4 |
| 1.3 DOSSIER DE LA PERSONNE ASSURÉE | 5 |
| 2. FOURNISSEURS (Prothèses auditives et aides de suppléance à l'audition) | 1 |
| 2.1 NOM ET ADRESSE DES FOURNISSEURS (Prothèses auditives) | 2 |
| 2.2 PÉRIODES DE GARANTIE ET DÉLAIS DE LIVRAISON OU DE RÉPA- RATION (Prothèses auditives)..... | 3 |
| 2.3 NOM ET ADRESSE DES FOURNISSEURS (Aides de suppléance à l'audition) | 4 |
| 2.4 PÉRIODE DE GARANTIE ET DÉLAIS DE LIVRAISON (Aides de suppléance à l'audition) | 5 |
| 2.5 CONTRAT RELATIF À L'APPROVISIONNEMENT EN PROTHÈSES AUDITIVES ASSURÉES INTERVENU ENTRE LA RÉGIE ET CHACUN DES FOURNISSEURS DÉSIGNÉS | 7 |
| 2.6 CONTRAT RELATIF À L'APPROVISIONNEMENT EN AIDES DE SUPPLÉANCE ASSURÉES INTERVENU ENTRE LA RÉGIE ET CHACUN DES FOURNISSEURS DÉSIGNÉS | 19 |
| 3. DISPENSATEURS | 1 |
| 3.1 AVANT-PROPOS | 1 |
| 3.2 ACCORD RELATIF À LA DISPENSATION CHEZ L'AUDIOPROTHÉSISTE DES AIDES AUDITIVES ASSURÉES..... | 2 |
| 3.3 a) LISTE DES AUDIOPROTHÉSISTES AUTORISÉS (septembre 2010) (par ordre alphabétique de nom de famille) | 4 |
| 3.3 b) LISTE DES AUDIOPROTHÉSISTES AUTORISÉS (septembre 2010) (par ordre alphabétique de nom de ville) | 11 |

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 3.4 ACCORD RELATIF À LA DISPENSATION EN ÉTABLISSEMENT DES AIDES AUDITIVES ASSURÉES | 18 |
| 3.5 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (Dispensateurs de prothèses auditives) . . . | 19 |
| 3.6 ACCORD RELATIF À LA DISTRIBUTION DES AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION ASSURÉES EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE | 20 |
| 3.7 LISTE DES DISTRIBUTEURS (Aides de suppléance de l'audition) | 22 |
| 3.8 a) LISTE DES SPÉCIALISTES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (décembre 2006) (par ordre alphabétique de nom de famille) | 26 |
| 3.8 b) LISTE DES SPÉCIALISTES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (décembre 2006) (par ordre alphabétique de nom de ville) | 31 |
| 3.9 LISTE DES AUDIOLOGISTES (avril 2008) | 36 |
| 3.10 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS DU PROGRAMME DES AIDES VISUELLES (mars 2007) | 53 |
| 4. RÈGLEMENT | 1 |
| 4.1 RÈGLEMENT SUR LES AIDES AUDITIVES ET LES SERVICES ASSURÉS. . . | 1 |
| #5. FACTURATION DES AIDES AUDITIVES. | 1 |
| 5.0 AVANT-PROPOS | 1 |
| #5.1 MODES DE FACTURATION | 1 |
| # 5.1.1 Utilisation du service en ligne des aides techniques (SELAT) | 1 |
| # 5.1.2 Facturation informatique | 1 |
| # 5.1.3 Facturation papier | 1 |
| # 5.1.4 Envoi des pièces justificatives | 2 |
| #5.2 DÉLAI DE FACTURATION | 2 |
| # | |
| #5.3) DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT | 3 |
| # 5.3.1 Le type de demande | 4 |
| # 5.3.1.1 Le paiement | 4 |
| # 5.3.1.1.1 La demande de paiement liée à une demande d'autorisation . . . | 4 |
| # 5.3.1.2 La refacturation | 5 |
| # 5.3.1.3 La demande d'autorisation | 7 |
| # 5.3.1.4 La prise en charge | 8 |
| # 5.3.2 Dispensateur | 9 |
| # 5.3.3 Date de service | 9 |
| # 5.3.4 Date de prise d'empreinte | 9 |
| # 5.3.5 Payer à la personne assurée | 9 |
| # 5.3.6 Personne assurée | 9 |
| # 5.3.6.1 Personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie valide (non expirée) | 9 |
| # 5.3.6.2 Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie | 9 |
| # 5.3.6.3 Personnes hébergées | 9 |
| # 5.3.7 Surdité permanente aux deux oreilles | 9 |
| # 5.3.8 Nature de service | 10 |
| # 5.3.8.1 Prothèse auditive | 10 |
| # 5.3.8.2 Aide de suppléance à l'audition | 10 |
| # 5.3.9 Raison de remplacement | 11 |

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| # 5.3.10 Aide en référence | 11 |
| # 5.3.11 Côté | 11 |
| # 5.3.12 Date de prise de possession | 11 |
| # 5.3.13 Produits et services | 11 |
| # 5.3.14 Unité | 11 |
| # 5.3.15 Montant demandé | 11 |
| # 5.3.16 Renseignements complémentaires | 11 |
| # 5.3.17 Signature de l'audioprothésiste ou du distributeur d'aides de suppléance à l'audition | 12 |
| #ANNEXE 1) PROTHÈSE AUDITIVE | 13 |
| #ANNEXE 2) AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION | 16 |
| 6. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE | 1 |
| 6.1 MODE DE PAIEMENT | 1 |
| # 6.1.1. Comment adhérer au dépôt direct | 1 |
| #6.2 DÉLAI DE PAIEMENT | 2 |
| #6.3 ÉTAT DE COMPTE | 3 |
| # 6.3.1 Description (Partie 1 à 8) | 4 |
| # 6.3.1.1 Renseignements généraux | 4 |
| # 6.3.1.2 Demandes de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge), demandes d'autorisation et demandes de révision qui font l'objet d'une transaction | 6 |
| # 6.3.2 Vérification des paiements | 7 |
| #6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT, DES DEMANDES D'AUTORISATION ET DES DEMANDES DE RÉVISION | 7 |
| # 6.4.1 Demandes d'autorisation | 7 |
| # 6.4.2 Demandes de paiement autorisées au montant demandé | 7 |
| # 6.4.3 Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité | 7 |
| # 6.4.4 Description de la demande de révision (formulaire n° 3144) | 9 |
| #6.5 DEMANDE DE PAIEMENT NON CONFORMES | 10 |
| #6.6 MESSAGES EXPLICATIFS (CODES) | 10 |
| 7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS | 1 |
| 7.0 AVANT-PROPOS | 1 |
| 7.1 AVIS ADMINISTRATIFS | 1 |
| # 7.1.1 Documents à conserver | 1 |
| # 7.1.2 Précisions relatives à certaines dispositions du règlement | 5 |
| #7.2 FORMULAIRES EN UTILISATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DES AIDES AUDITIVES | 13 |

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| #8. TARIF DES AIDES AUDITIVES ET DES SERVICES ASSURÉS | 1 |
| 8.0 PRÉSENTATION DE LA LISTE | 1 |
| 8.0.1 Structure de la liste | 1 |
| 8.0.2 Date d'entrée en vigueur | 1 |
| 8.1 PARTIE I - PROTHÈSES AUDITIVES | 1 |
| 8.1.1 Catégorie analogique | 1 |
| 8.1.2 Catégorie analogique à contrôle numérique | 1 |
| 8.1.3 Catégorie numérique | 1 |
| 8.2 PARTIE II - AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION | 1 |
| 8.2.1 Catégorie transmission de textes | 1 |
| # 8.2.2 Catégorie transmission de sons | 1 |
| 8.2.3 Catégorie contrôle de l'environnement | 1 |
| 8.3 PARTIE III - SERVICES ASSURÉS | 1 |
| 8.3.1 Prothèses auditives | 1 |
| 8.3.2 Aides de suppléance à l'audition | 1 |
| # 8.3.3 Code administratifs | 1 |
| # 8.3.3.1 Avant-propos | 1 |
| # 8.3.3.2 Codes administratifs - Prothèses auditives | 2 |
| # 8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition | 5 |

2.2 PÉRIODE DE GARANTIE ET DÉLAIS DE LIVRAISON OU DE RÉPARATION POUR LES PROTHÈSES AUDITIVES

| PROTHÈSES AUDITIVES DE CATÉGORIE NUMÉRIQUE | | | | | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| GARANTIES ET DÉLAIS | <i>Bernafon</i> | <i>Oticon</i> | <i>Phonak</i> | <i>Siemens</i> | <i>Unitron</i> | <i>Widex</i> |
| Période de garantie sur appareils et composants optionnels <i>(en mois)</i> | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Période de garantie sur les accessoires <i>(en mois)</i> | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Période de garantie Remise à neuf Pièces et main-d'oeuvre <i>(en mois)</i> | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Période de garantie Réparation pièces et main-d'oeuvre <i>(en mois)</i> | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Délai maximum de livraison appareils, composants optionnels et accessoires <i>(en jours ouvrables)</i> | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Délai maximum de livraison des pièces de rechange <i>(en jours ouvrables)</i> | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Délai maximum de réparation <i>(en jours ouvrables)</i> | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Période de garantie de disponibilité des pièces <i>(en années)</i> | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

2.3 NOM ET ADRESSE DES FOURNISSEURS

Aides de suppléance à l'audition

| | TRANSMISSION DE TEXTES | TRANSMISSION DE SONS | | | | | | | | | | CONTRÔLES DE L'ENVIRONNEMENT | | | | | |
|---|------------------------|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------|---|---|------------------------------|-------------|---|-------------------------------|------------------------------|--------------|
| | | Téléscripteur adapté à l'écran large | Téléscripteur adapté de réception à mode PSI | Téléscripteur adapté à afficheur braille | Amplificateur téléphonique main libre | Amplificateur téléphonique | Système de modulation de fréquence MF | Amplificateur personnel | Boucle magnétique | Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision | Système d'amplification sans fil à infra rouge pour l'écoute de la télévision | Type tactile | Type visuel | Réveille-matin adapté pour surdi-cécité | Réveille-matin adapté tactile | Réveille-matin adapté visuel | Type tactile |
| | | | | | | | | | | | | | | * | * | * | * |
| NOMS ET ADRESSES DES FOURNISSEURS (AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION) | Decodeur | | | * | | | | * | | | | | | | | | |
| Adaptatech Inc. 652, boul. L'Ange Gardien, suite 102 L'Assomption (Québec) J5W 1T2 | | | | | X | | X | | | | | | | | X | | |
| Bernafoon Canada Ltée 500 Trillium Drive, unit 15 Kitchener (Ontario) N2R 1A7 | | | | | X | | | | | | X | X | | | X | | |
| Bétavox Inc. 1435, rue King Ouest Sherbrooke (Québec) J1J 2C1 | | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Harmonya Technologies 300, rue Métivier Sherbrooke (Québec) J1J 2C1 | | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| Les aides à l'audition du Québec Inc. 2904, rue du Refuge Québec (Québec) G1W 3V4 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Phonak Canada Ltée 80 Courtney Park Drive West, unit 1 Mississauga (Ontario) L5W 0B3 | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Sennheiser (Canada) Inc. 221, av. Labrosse Pointe-Claire (Québec) H9R 1A3 | | | | | | | | X | | X | | | | | | | |

* Aucun fournisseur, aides de suppléance à l'audition assurées sur demande de considération spéciale.

5. FACTURATION DES AIDES AUDITIVES

5.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer de quelles façons les dispensateurs d'aides auditives peuvent obtenir le paiement des services fournis aux personnes assurées admissibles au *Programme d'aides auditives* auprès de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Les renseignements nécessaires à l'appréciation d'une demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* et du *Règlement sur les aides auditives et les services assurés*.

5.1 MODES DE FACTURATION

5.1.1 UTILISATION DU SERVICE EN LIGNE DES AIDES TECHNIQUES (SELAT)

Depuis le 15 mars 2011, les dispensateurs d'aides auditives peuvent utiliser le service en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet leurs demandes de paiement concernant la facturation des aides auditives.

Pour effectuer des transactions, il faut cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à www.ramq.gouv.qc.ca pour en connaître les modalités et demander votre code d'accès et votre mot de passe.

5.1.2 FACTURATION INFORMATIQUE

Vous pouvez également adapter vos systèmes informatiques à ceux de la Régie pour pouvoir transmettre électroniquement vos demandes.

Pour ce faire, communiquez avec le Support aux services en ligne – Internet de la Régie pour obtenir toute l'information ainsi que les accès requis.

TÉLÉPHONE

- Québec : 418 643-8210 (option 1)
- Montréal : 514 873-3480 (option 1)
- Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776 (option 1)

5.1.3 FACTURATION PAPIER

Le dispensateur peut également compléter une demande de paiement papier au moyen du formulaire *Programme d'aides auditives n° 4136*. Ce formulaire est disponible de la façon suivante :

- par Internet : www.ramq.gouv.qc.ca, en cliquant sur *Services aux professionnels*, puis sur *Audioprothésistes* ou sur *Distributeurs d'aides de suppléance à l'audition* puis sur *Formulaires*
- par télécopieur au numéro : 418 646-9251

Pour demander un approvisionnement de ce formulaire à la Régie, utiliser le formulaire *Commande de formulaire n° 1491* disponible sur notre site Internet.

Pour la facturation papier, vous devez suivre les indications suivantes :

- Vous ne devez jamais écrire au verso du formulaire;
- Si vous devez facturer plus de deux (2) aides pour une même personne assurée, vous devez utiliser un autre formulaire n° 4136 en remplissant de nouveau **toutes les sections** dont celles relatives à votre identification et à celle de la personne assurée.
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence en **lettres moulées**. Assurez-vous que vos inscriptions ne débordent pas l'espace réservé, qu'elles ne dépassent pas les cases et qu'elles sont suffisamment foncées pour être lisibles après la numérisation.

Un formulaire comportant des informations erronées, illisibles ou des omissions ne sera pas traité et seule une lettre vous sera envoyée pour vous informer.

Vous devez expédier le formulaire n^o 4136 à l'adresse suivante :

RAMQ – Programmes d'aides techniques
C.P. 16200 Succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

Remarque : Pour l'un ou l'autre des modes de facturation, vous n'avez plus à transmettre à la Régie les documents requis en vertu du *Règlement sur les aides auditives et les services assurés*. Vous devez les conserver et les fournir sur demande seulement (voir la section 7.1.1 de l'onglet *Renseignements administratifs*).

Cependant, lors d'une demande d'autorisation présentée en vertu de l'article 17 du Règlement, vous devez joindre à la demande tous les renseignements et documents afférents exigés. Pour connaître la procédure à suivre concernant les demandes d'autorisation, nous vous référons à la section 5.3.1.3.

5.1.4 ENVOI DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Lorsque des pièces justificatives doivent être jointes à votre demande ou qu'elles vous sont demandées par la Régie, vous pouvez les transmettre par l'un ou l'autre des moyens suivants :

1 Par la poste, à l'adresse suivante :

RAMQ – Programmes d'aides techniques
C.P. 16200 Succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

2 Par télécopieur au numéro : 418 266-6485

Sur chaque document, vous devez indiquer, dans le coin supérieur droit, le numéro de confirmation qui vous a été attribué par le Service en ligne des aides techniques (SELAT) lors de la transmission électronique si votre demande est parvenue à la Régie par ce moyen.

Pour la facturation papier, indiquez le numéro d'assurance maladie de la personne assurée sur chaque document.

5.2 DÉLAI DE FACTURATION

Vous disposez d'un délai de 90 jours à compter de la date où le service a été rendu pour soumettre votre demande de paiement. Ce délai peut cependant être prolongé si vous démontrez à la Régie que vous avez été en fait dans l'impossibilité d'agir plus tôt ou en cas de décès du dispensateur.

Advenant que votre demande soit présentée au-delà de ce délai, vous devrez **obligatoirement** indiquer dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les raisons justifiant une demande de dérogation à ce délai.

5.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT

Formulaire n° 4136 – Programme d'aides auditives



Programme d'aides auditives

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

| |
|--|
| |
|--|

TYPE DE DEMANDE

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> PAIEMENT | <input type="checkbox"/> REFACTURATION (1) | <input type="checkbox"/> DEMANDE D'AUTORISATION | <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE | DEMANDE EN RÉFÉRENCE |
|-----------------------------------|---|---|--|----------------------|

DISPENSATEUR (AUDIOPROTHÉSISTE OU DISTRIBUTEUR D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION)

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| NUMÉRO DE PERMIS (2) | DATE DE SERVICE JOUR MOIS ANNÉE (3) | DATE DE PRISE D'EMPREINTE JOUR MOIS ANNÉE (4) | PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE <input type="checkbox"/> (5) |
|-----------------------------|---|---|---|

PERSONNE ASSURÉE

ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

| | | |
|--|--|---|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (6) | NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT | NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT |
| SURDITÉ PERMANENTE AUX DEUX OREILLES <input type="checkbox"/> (7) | | PRÉNOM DE L'ENFANT DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT JOUR MOIS ANNÉE SEXE DE L'ENFANT M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

PRODUITS ET SERVICES 1

PRODUITS ET SERVICES 2

| | | AIDE EN RÉFÉRENCE | | | | | AIDE EN RÉFÉRENCE | | |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------|--|-------------------|------------------------|-------------------|------|--|
| NATURE DE SERVICE | RAISON DE REMPLACEMENT | CODE | CÔTE | DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR MOIS ANNÉE | NATURE DE SERVICE | RAISON DE REMPLACEMENT | CODE | CÔTE | DATE DE PRISE DE POSSESSION JOUR MOIS ANNÉE |
| (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | | | | | |

| AIDE | | | | AIDE | | | |
|--|-------|-----------------|-----------------|--|-------|-----------------|-----------------|
| CODE DE LAIDE | CÔTE | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ | CODE DE LAIDE | CÔTE | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ |
| (13) | | (14) | (15) | | | | |
| COMPLÈMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES | | | | COMPLÈMENTS, COMPOSANTS, OPTIONS, ACCESSOIRES | | | |
| CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ | | CODE DE PRODUIT | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SERVICE (MAIN-D'OEUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES) | | | | SERVICE (MAIN-D'OEUVRE, MONTANTS FORFAITAIRES) | | | |
| CODE DE SERVICE | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ | | CODE DE SERVICE | UNITÉ | MONTANT DEMANDÉ | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| TOTAL ▶ | | | | TOTAL ▶ | | | |

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|-----------------------------|----------------|
| MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE | TOTAL ▶ |
|-----------------------------|----------------|

| | |
|-------------|--|
| (16) | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SIGNATURE DU DISTRIBUTEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. **(17)**

X _____

| | | | |
|------|------|------|-------|
| DATE | JOUR | MOIS | ANNÉE |
| | | | |

Description (Formulaire n° 4136 et Services en ligne)

La demande comporte les éléments suivants :

1. **Le type de demande** : selon le cas cocher l'une ou l'autre des cases, voir la section 5.3.1
2. **Dispensateur** : voir la section 5.3.2
3. **Date de service** : voir la section 5.3.3
4. **Date de prise d'empreinte** : voir la section 5.3.4
5. **Payer à la personne assurée** : voir la section 5.3.5
6. **Personne assurée**: voir la section 5.3.6
7. **Surdité permanente aux deux oreilles** : voir la section 5.3.7
8. **Nature de service** : voir la section 5.3.8
 - Prothèses auditives : 11, 21, 23, 31, 32, 33 ou 99 selon le cas (voir annexe I)
 - Aides de suppléance à l'audition : 11, 21, 23, 31, 32, 33 ou 71 selon le cas (voir annexe II)
9. **Raison de remplacement** : voir la section 5.3.9
10. **Aide en référence** : voir la section 5.3.10
11. **Côté** : voir la section 5.3.11
12. **Date de prise de possession** : voir la section 5.3.12
13. **Produits et services** : voir la section 5.3.13
14. **Unité** : voir la section 5.3.14
15. **Montant demandé** : voir la section 5.3.15
16. **Renseignements complémentaires** : voir la section 5.3.16
17. **Signature de l'audioprothésiste ou du distributeur d'aides de suppléance à l'audition** : voir la section 5.3.17

5.3.1 LE TYPE DE DEMANDE

5.3.1.1 Le paiement

Le paiement peut être demandé pour l'achat, le remplacement ou la réparation d'une aide auditive ainsi que pour l'ajout ou le remplacement d'options ou d'accessoires figurant au *Tarif des aides auditives et des services assurés* en vigueur.

Lorsque l'aide est absente de la liste en vigueur ou qu'une option ou un accessoire est présent à la liste mais non mentionné pour l'aide demandée, une demande d'autorisation doit être présentée au préalable (voir la section 5.3.1.3 ci-dessous).

5.3.1.1.1 La demande de paiement liée à une demande d'autorisation

La demande de paiement présentée après avoir obtenu une autorisation préalable de la Régie doit comporter les mêmes éléments que la demande d'autorisation en modifiant la DATE DE SERVICE pour indiquer la date où vous avez livré vos services. Le numéro de demande d'autorisation doit être indiqué dans le champ DEMANDE DE RÉFÉRENCE.

MESURE TEMPORAIRE

Les demandes d'autorisation acceptées avant l'entrée en vigueur de SELAT seront saisies par la Régie et portées à votre état de compte. Pour facturer, vous devrez attendre de voir apparaître cette demande à l'état de compte et utiliser le numéro attribué comme numéro de référence pour la demande de paiement.

5.3.1.2 La refacturation

Vous pouvez procéder à une refacturation pour modifier ou corriger une demande de paiement soumise à la Régie. Vous pourrez demander une refacturation lorsque :

- La demande de paiement n'a pas encore été portée à l'état de compte et vous souhaitez l'annuler ou corriger un ou plusieurs éléments (facturation électronique seulement);
- La demande de paiement a été refusée en totalité ou en partie et vous avez des corrections à apporter ou des explications additionnelles à fournir;
- Vous voulez annuler une demande;
- Vous voulez apporter un changement de côté de port de la prothèse;
- Vous voulez échanger une aide par une autre aide.

Dans tous les cas, vous devez, après avoir sélectionné le type de demande *REFACTURATION*, compléter la section *DEMANDE EN RÉFÉRENCE* en indiquant le numéro de confirmation qui vous a été attribué lors de la transmission électronique de votre demande de paiement concernée et qui correspond au numéro inscrit sous la colonne NCE de votre état de compte.

MESURES TEMPORAIRES

Pour les demandes refusées sur un état de compte reçu avant l'implantation de SELAT le 15 mars 2011

Pour les demandes refusées partiellement : vous devez, à partir du numéro d'assurance maladie de la personne assurée, faire une recherche dans le nouveau système SELAT pour retracer le nouveau numéro de la demande qui a été refusée partiellement et faire la refacturation avec ce numéro en référence.

Pour les demandes refusées totalement : vous devez présenter une nouvelle demande de paiement sans référer à la demande antérieure.

FACTURATION ÉLECTRONIQUE

Si vous facturez électroniquement par SELAT, veuillez vous référer au *Guide d'utilisation SELAT* disponible sur le site Internet de la Régie pour connaître la procédure à suivre.

Vous pourrez refacturer une demande même si elle n'a pas encore été portée à l'état de compte en utilisant le numéro de confirmation qui vous a été attribué lors de la transmission électronique de la demande.

Veillez noter que dans les situations suivantes :

- un changement de côté de port d'une prothèse auditive,
- un échange d'aide,
- un changement de date de service,

vous devrez au préalable, par le biais de la refacturation, annuler la demande de paiement initiale et attendre que votre refacturation soit traitée et portée à l'état de compte (la demande aura un solde négatif du même montant que la demande initiale).

Par la suite, vous pourrez refaire une nouvelle demande avec le type de demande *PAIEMENT*. Dans le cas de l'échange d'une aide, la date de service doit être celle de la dernière attribution.

FACTURATION PAPIER

Si vous procédez à une refacturation au moyen du formulaire papier n° 4136, vous devrez le compléter en y intégrant toutes les corrections et modifications souhaitées. La refacturation ne sera possible que lorsque vous connaîtrez le numéro de la demande qui sera porté à l'état de compte sous la colonne *NCE*.

IMPORTANT : Avant de transmettre la demande à la Régie, assurez-vous qu'elle contient intégralement tous les renseignements voulus, qu'elle est présentée telle qu'elle aurait dû l'être initialement et qu'elle reflète bien ce que la personne a en sa possession.

A) Pour corriger ou modifier une demande de paiement

- Compléter la section *Demande en référence* (voir les mesures temporaires ci-dessus);
- Refacturer les lignes de services à corriger en y apportant les modifications désirées et assurez-vous que les lignes de service qui ont été acceptées sont bien reproduites;
- Complétez la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* si vous avez des informations additionnelles à fournir à l'appui de votre demande.

B) Pour annuler une demande

- À la section *TYPE DE DEMANDE* cocher *Refacturation* et compléter le numéro de *Demande en référence*;
- Compléter la section *DISPENSATEUR* en indiquant votre numéro;
- À la section *PERSONNE ASSURÉE* inscrire le numéro d'assurance maladie;
- À la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* indiquer que vous voulez annuler la demande.

C) Pour un changement de côté de port de la prothèse

- À la section *TYPE DE DEMANDE* cocher *Refacturation* et compléter le numéro de *Demande en référence*;
- Ressaisir toute la demande de paiement initiale et indiquer le côté opposé dans la case *Côté* de l'aide concernée;
- Indiquer dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* qu'il s'agit du changement de côté de l'aide.

D) Pour l'échange d'une aide

- À la section *TYPE DE DEMANDE* cocher *Refacturation* et remplir le numéro de *Demande en référence*;
- Ressaisir toute la demande de paiement en indiquant l'aide qui a été attribuée en dernier lieu et la date de son attribution;
- Indiquer dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* qu'il s'agit de l'échange d'une aide;
- Assurez-vous que la demande reflète bien tout ce qui a été attribué à la personne assurée après l'échange.

E) Modification de la date de service

Vous devez d'abord annuler la demande initiale tel qu'indiqué au point « B » ci-dessus. Présenter ensuite une nouvelle demande de paiement.

Pour refacturer, vous disposez d'un délai de 90 jours suivant l'état de compte sur lequel figure la décision rendue pour votre demande.

DEMANDE DE RÉVISION

Si vous contestez le refus de la Régie et que vous souhaitez que votre demande soit reconsidérée sans qu'aucun élément soit modifié ou ajouté, vous devez faire une demande de révision par le biais du service en ligne SELAT ou au moyen du formulaire n° 3144 (voir l'onglet 6 *Paiement – État de compte*).

Vous disposez d'un délai de six mois, à partir de l'état de compte, pour demander une révision de votre demande de paiement ou d'autorisation

5.3.1.3 La demande d'autorisation

La demande d'autorisation est requise uniquement pour une considération spéciale en vertu de l'article 17 du Règlement, lorsque le service doit être rendu pour un produit qui n'est pas sur la liste en vigueur ou qui, dans le cas d'option ou d'accessoire, est présent à la liste mais n'est pas mentionné sous l'aide demandée.

Pour une demande d'autorisation, vous devez indiquer le code de l'aide, des options et accessoires en considération spéciale C.S. (voir la section 8.3.3.2 du Manuel pour une prothèse auditive et 8.3.3.3 pour une aide de suppléance à l'audition) ainsi que les codes de service correspondants. Un prix doit être indiqué pour chaque code demandé.

Les documents requis apparaissant aux tableaux des articles 6 et 7 de l'onglet *Ren-seignements administratifs* de votre Manuel doivent être joints à votre demande de la façon indiquée à la section 5.1.3 du présent onglet.

De plus, vous devez indiquer les éléments suivants exigés en vertu de l'article 17 dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* soit :

- 1 la description de la déficience particulière de la personne;
- 2 la description de l'aide demandée (marque, modèle, etc.);
- 3 la justification pour laquelle aucune aide de la liste ne répond à cette déficience auditive particulière;
- 4 tout autre renseignement jugé nécessaire à l'appréciation de la demande.

Lorsque la demande d'autorisation sera acceptée, vous pourrez présenter une demande de paiement en inscrivant le numéro d'autorisation qui vous sera attribué à l'état de compte. Ce numéro devra être inscrit dans le champ DEMANDE EN RÉFÉRENCE de votre demande de paiement.

L'autorisation accordée par la Régie est valide pour une période de 6 mois à compter de la date de son inscription à l'état de compte où elle figure.

5.3.1.4 La prise en charge

La prise en charge d'une aide par la Régie est nécessaire lorsqu'une personne assurée s'est procurée cette aide soit en vertu de l'article 9 ou de l'article 16 du Règlement.

Article 9

Lorsque l'aide auditive a été défrayée par l'*Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.)* ou par la personne assurée, vous devez demander la prise en charge de cette aide **seulement** si vous avez procédé à un ajout ou un remplacement d'options ou d'accessoires ou à des réparations sur cette aide. Vous devrez inscrire au champ « Nature de service » le chiffre 31, 32 ou 33 selon le cas (voir les Annexes I ou II).

Vous devrez identifier l'aide à la section AIDE EN RÉFÉRENCE en inscrivant l'un des codes de la colonne « PCHA (art. 9) » de l'onglet 8.3.3 de votre Manuel, le côté (s'il s'agit d'une prothèse auditive) et la date de prise de possession.

Veuillez utiliser les codes génériques (section 8.3.3 du Manuel) pour identifier les options ou accessoires ajoutés ou remplacés.

La durée de vie minimale de cette aide sera de 6 ans à compter de la date de prise de possession par la personne assurée.

Article 16

Lorsque la personne assurée vous informe qu'elle a remplacé une aide sinistrée (perdue, volée ou détruite), vous devez en demander la prise en charge par la Régie en utilisant la « Nature de service » numéro 23 (voir les Annexes I et II).

Vous devrez également compléter la section AIDE EN RÉFÉRENCE en inscrivant le code de l'aide sinistrée, le côté (s'il s'agit d'une prothèse auditive) et la date de prise de possession.

La date de prise de possession de l'aide doit être indiquée dans la case DATE DE SERVICE.

Le code de l'aide pour lequel vous demandez la **prise en charge** doit être indiqué dans la section « Aide » en inscrivant l'un des codes de la colonne « PCHA (art.16) » de l'onglet 8.3.3 de votre Manuel. Compléter la case « Côté » (voir les instructions à la section 5.3.11) pour une prothèse auditive et indiquer 0,00 \$ dans la case « Montant demandé ».

Si vous rendez des services (ajout, remplacement ou réparation) sur l'aide prise en charge, une autre demande devra être présentée subséquemment en utilisant la nature de service correspondant au service rendu (nature 31, 32 ou 33).

La durée de vie minimale de cette aide sera de 2 ans à compter de la date de prise de possession par la personne assurée.

5.3.2 DISPENSATEUR

Vous devez indiquer les 6 premiers caractères du numéro qui vous a été attribué par la Régie (91XXXX pour l'audioprothésiste et 95XXXX pour le distributeur d'aides de suppléance à l'audition).

5.3.3 DATE DE SERVICE

Pour une demande de paiement, il s'agit de la date où vous avez livré vos services à la personne assurée. Si vous avez rendu des services à des dates différentes pour une même personne assurée, vous devez faire une demande de paiement pour chacune des dates de services.

Pour une refacturation, cette date est la même que celle de la demande initiale sauf si vous souhaitez y apporter une correction.

Pour une demande d'autorisation, veuillez inscrire la date du jour où vous procédez à une telle demande.

5.3.4 DATE DE PRISE D'EMPREINTE

L'audioprothésiste doit compléter cette information dans le cas d'un achat initial ou d'un remplacement d'embout ou lorsqu'il s'agit d'une prise d'empreinte de coquille pour une prothèse intra-auriculaire.

5.3.5 PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE

Dans l'éventualité où les services que vous avez rendus dans le cadre du Programme ont été payés par la personne assurée, par exemple, lorsque sa carte d'assurance maladie était perdue ou expirée, vous pouvez demander à la Régie qu'elle rembourse les services rendus directement à la personne assurée.

5.3.6 PERSONNE ASSURÉE

5.3.6.1 Personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie valide (non expirée)

Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne qui reçoit le service (alphanumérique à 12 caractères).

5.3.6.2 Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie

Inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère et les éléments de l'identité de l'enfant (nom, prénom, date de naissance et sexe). Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire «nouveau-né» dans la case correspondante.

5.3.6.3 Personnes hébergées

Si le service a été rendu à une personne hébergée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, vous devrez obligatoirement présenter une demande de paiement papier au moyen du formulaire n^o 4136. Les nom(s), prénom(s), date de naissance, le sexe et l'adresse de cette personne devront être inscrits dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES du formulaire.

5.3.7 SURDITÉ PERMANENTE AUX DEUX OREILLES

Cochez, s'il y a lieu, l'espace prévu à cet effet **seulement** lorsqu'un certificat médical signé par un oto-rhino-laryngologiste indique une surdité permanente à l'oreille droite et gauche de la personne qui a reçu les services.

5.3.8 NATURE DE SERVICE**5.3.8.1 PROTHÈSE AUDITIVE**

Le tableau suivant présente l'énumération des différentes natures de service pour le volet *Prothèse auditive*

| Numéro | Description |
|--------|--|
| 11 | Achat d'une aide neuve |
| 21 | Remplacement par une aide neuve |
| 23 | Prise en charge d'une aide perdue, volée ou détruite |
| 31 | Ajout de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée |
| 32 | Remplacement de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée |
| 33 | Réparation d'une aide attribuée |
| 99 | Prestation de service en cas de décès |

Pour connaître les modalités particulières de facturation pour chaque nature de service, veuillez vous référer à l'ANNEXE I située à la fin du présent onglet.

5.3.8.2 AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

Le tableau suivant présente l'énumération des différentes natures de service pour le volet *Aide de suppléance à l'audition*

| Numéro | Description |
|--------|--|
| 11 | Achat d'une aide neuve |
| 21 | Remplacement par une aide neuve |
| 23 | Prise en charge d'une aide perdue, volée ou détruite |
| 31 | Ajout de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée |
| 32 | Remplacement de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée |
| 33 | Réparation d'une aide attribuée |
| 71 | Réinstallation d'une aide à la suite d'un déménagement |

Pour connaître les modalités particulières de facturation pour chaque nature de service, veuillez vous référer à l'ANNEXE II située à la fin du présent onglet.

5.3.9 RAISON DE REMPLACEMENT

Vous devez répondre en indiquant la raison correspondant au paragraphe de l'article 16 (de 1 à 7) qui concerne votre demande de remplacement. Dans le cas d'une demande de prise en charge d'une aide remplaçant une aide sinistrée (nature de service 23), vous n'avez rien à inscrire.

5.3.10 AIDE EN RÉFÉRENCE

L'aide en référence doit être complétée dans le cas d'un remplacement d'aide, d'un ajout ou remplacement d'options ou d'accessoires ou d'une réparation. Vous devez toujours indiquer le code de l'aide même dans le cas où le service rendu concerne une option ou un accessoire.

5.3.11 CÔTÉ

Pour les prothèses auditives, vous devez indiquer, par la lettre correspondante, le côté de l'aide en référence soit « **G** » pour gauche, « **D** » pour droit.

Dans le cas d'une prothèse de corps ajustée pour les 2 oreilles, veuillez indiquer la lettre « **B** » pour bilatéral.

5.3.12 DATE DE PRISE DE POSSESSION

Il s'agit de la date de la prise de possession de l'aide en référence. Cette section doit être complétée chaque fois qu'une aide en référence est mentionnée, à l'exception d'une demande relative au service de l'audioprothésiste dans le cas du décès de la personne assurée (voir l'Annexe I à la nature de service 99).

5.3.13 PRODUITS ET SERVICES

Le code de l'aide vous est demandé en premier lieu. S'il s'agit d'une prothèse auditive, vous devez inscrire le côté tel qu'indiqué à la section 5.3.11 ci-dessus.

Ensuite, les codes des options ou accessoires doivent être complétés, s'il y a lieu, sans qu'il soit nécessaire d'indiquer le côté concerné. Finalement, les codes de service (main-d'œuvre, montants forfaitaires) que vous devez utiliser sont ceux décrits à la section 8.3 de votre Manuel.

5.3.14 UNITÉ

Pour les aides auditives, vous ne pouvez indiquer un nombre d'unité différent de « **1** ».

Pour les options ou accessoires, vous devez inscrire le nombre d'unités concerné et le montant total dans la case MONTANT DEMANDÉ sauf s'il s'agit de codes génériques ou en considération spéciale (code C.S.), auquel cas vous devez toujours inscrire le nombre d'unité « **1** ».

Pour le service, veuillez inscrire le nombre de quarts d'heure effectués.

5.3.15 MONTANT DEMANDÉ

Vous devez indiquer, s'il y a lieu, le montant que vous demandez pour l'aide, compléments, composants, options ou accessoires et les services.

5.3.16 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Utiliser cette section pour donner des renseignements nécessaires à l'appréciation de la demande.

Lorsque des options ou des accessoires ont été désignés par des codes génériques sur votre demande, une description détaillée de ceux-ci doit être faite dans cette section.

5.3.17 SIGNATURE DE L'AUDIOPROTHÉSISTE OU DU DISTRIBUTEUR D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

Pour la facturation papier, le dispensateur doit signer de sa main chaque demande et indiquer la date de sa signature.

L'exigence de l'obtention d'une déclaration signée de la personne assurée à l'effet qu'elle confirme avoir reçu le bien ou le service et qu'elle autorise la Régie à verser au dispensateur le paiement demeure. Cependant, elle n'a pas à être fournie à la Régie sauf sur demande. La Régie met à votre disposition le formulaire n^o 4146 permettant de faire signer la personne assurée à chaque dispensation de service. Ce formulaire est présenté à la section 7.2 de l'onglet *Renseignements administratifs* et est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca.

Le dispensateur peut cependant utiliser tout autre document ayant la même teneur et comportant les mêmes informations.

ANNEXE I

PROTHÈSE AUDITIVE

Nature 11 – Achat d'une aide neuve

- Code de l'aide : Code de l'aide selon la liste en vigueur et le côté
- Code de produit : Codes des options selon la liste en vigueur
Codes des accessoires selon la liste en vigueur
- Code de service : Code 6501050
- Remarque : Pour une aide qui n'est pas présente sur la liste en vigueur, veuillez utiliser le code C.S. indiqué à la section 8.3.3.2 de votre Manuel et vous référer à la section **5.3.1.3 – Demande d'autorisation** du présent onglet.

Nature 21 – Remplacement par une aide neuve

- Remplacement d'une aide en vertu de l'article 16 du Règlement.
- Aide en référence : Inscrire le code de l'aide remplacée, le côté et la date de prise de possession initiale
- Code de l'aide : Code de l'aide selon la liste en vigueur et le côté
- Code de produit : Codes des options selon la liste en vigueur
Codes des accessoires selon la liste en vigueur
- Code de service : Code 6501050

RAISON : **Indiquer la raison de remplacement correspondant au numéro du paragraphe de l'article 16 (de 1 à 7)**

- Remarque : Pour une aide qui n'est pas présente sur la liste en vigueur, veuillez utiliser le code C.S. indiqué à la section 8.3.3.2 de votre Manuel et vous référer à la section **5.3.1.3 – Demande d'autorisation** du présent onglet.

Nature 23 – Prise en charge d'une aide perdue, volée ou détruite

- Pour la prise en charge d'une aide sinistrée (article 16 paragraphe 7, 3^e alinéa) voir la section 5.3.1.4.
- Aide en référence : Inscrire le code de l'aide **sinistrée**, le côté et la date de prise de possession initiale
- Code de l'aide : Code de la colonne « PCHA (art. 16) » de la section 8.3.3.2 du Manuel selon le type d'aide ainsi que le côté
- Code de produit : Ne rien inscrire
- Code de service : Ne rien inscrire
- Renseignements administratifs : Inscrire la description de l'aide (la marque, le modèle, etc.)
- Remarque : Aucun honoraire ne peut être réclamé lors de la prise en charge. Si vous avez rendu des services sur cette aide, vous devrez présenter, par la suite, une demande de paiement avec la nature de service correspondante (31, 32 ou 33).

Nature 31 – Ajout de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée**Chez le fabricant**

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession
- Code de produit : Ne rien inscrire
- Code de service : Code 6500771 (pièces et main-d'œuvre du fabricant) pour une aide sur la liste en vigueur ou non
Code 6501068 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Chez l'audioprothésiste

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession
- Code de produit : Option ou accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur, voir les codes des onglets 8.1.1 à 8.1.3 du Manuel
Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou pour une aide prise en charge
Option : Code générique 6894401
Accessoire : Code générique 6504500
Option ou accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S.
Option : Code C.S. 6182222
Accessoire : Code C.S. 6183333
- Code de service : Code 6501068 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Nature 32 – Remplacement de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée

Il s'agit du remplacement d'options ou d'accessoires par des options ou accessoires **différents** de ceux déjà possédés par la personne assurée. Si l'option ou l'accessoire est remplacé parce qu'il est défectueux, la Régie considère qu'il s'agit d'une réparation.

Chez le fabricant

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession
- Code de produit : Ne rien inscrire
- Code de service : Code 6500771 (pièces et main-d'œuvre du fabricant) pour une aide sur la liste en vigueur ou non
Code 6501068 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Chez l'audioprothésiste

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession
- Code de produit : Option ou accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur, voir les codes des onglets 8.1.1 à 8.1.3 du Manuel
Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou pour une aide prise en charge :
Option : Code générique 6504401
Accessoire : Code générique 6504500

Option ou accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S.
 Option : Code C.S. 6182222
 Accessoire : Code C.S. 6183333

Code de service : Code 6501068 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Nature 33 – Réparation d'une aide attribuée

Chez le manufacturier

Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession

Code de l'aide : Ne rien inscrire

Code de produit : Ne rien inscrire

Code de service : Code 6500102 (pièces et main-d'œuvre du manufacturier) pour une aide sur la liste en vigueur ou non

Code 6500458 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Chez l'audioprothésiste

Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée, le côté et la date de prise de possession

Code de l'aide : Ne rien inscrire

Code de produit : Option ou accessoire prévu pour une aide de la liste en vigueur, voir les codes des onglets 8.1.1 à 8.1.3 du Manuel

Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou qui a été attribuée en C.S. ou prise en charge :

Option : Code générique 6504401

Accessoire : Code générique 6504500

Matériaux (coût des pièces autres que des options et accessoires)

Code générique 6502264

Code de service : Code 6500458 pour le temps et la main-d'œuvre de l'audioprothésiste

Nature 99 – Prestation de service en cas de décès

En cas de décès de la personne assurée avant la prise de possession de l'aide, la Régie assume le coût du temps requis et effectué par l'audioprothésiste selon le tarif par quart d'heure ou fraction de quart d'heure et d'un montant maximum indiqué à la section 8.3.1 du Manuel pour le code 6500029 (article 20). Ce montant maximum inclut l'embout ou la prise d'empreinte de la coquille.

Date de service : Inscrire la date de votre facturation

Aide en référence : **Indiquer le code 6699999, ne rien inscrire aux cases « Côté » et « Date de prise de possession »**

Code de produit : Ne rien inscrire

Code de service : Code 6500029

Montant : Mettre le total des services (ne pas excéder le montant maximum indiqué à la section 8.3.1 du Manuel)

ANNEXE II

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

Nature 11 – Achat d'une aide neuve

- Code de l'aide : Code de l'aide selon la liste en vigueur
- Code de produit : Codes des options selon la liste en vigueur
Codes des accessoires selon la liste en vigueur
- Code de service : Code de service selon le type d'aide (voir l'onglet 8.3.3.3)
- Remarque : Pour une aide qui n'est pas présente sur la liste en vigueur, veuillez utiliser le code C.S. indiqué à la section 8.3.3.3 de votre Manuel et vous référer à la section 5.3.1.3 – *Demande d'autorisation* du présent onglet.

Nature 21 – Remplacement par une aide neuve

- Remplacement d'une aide en vertu de l'article 16 du Règlement.
- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide remplacée et la date de prise de possession
- Code de l'aide : Code de l'aide selon la liste en vigueur
- Code de produit : Codes des options selon la liste en vigueur
Codes des accessoires selon la liste en vigueur
- Code de service : Code de service selon le type d'aide (voir l'onglet 8.3.3.3)

RAISON : **Indiquer la raison de remplacement correspondant au numéro du paragraphe de l'article 16 (de 1 à 7)**

- Remarque : Pour une aide qui n'est pas présente sur la liste en vigueur, veuillez utiliser le code C.S. indiqué à la section 8.3.3.3 de votre Manuel et vous référer à la section 5.3.1.3 – *Demande d'autorisation* du présent onglet.

Nature 23 – Prise en charge d'une aide perdue, volée ou détruite

Pour la prise en charge d'une aide sinistrée (article 16 paragraphe 7, 3^e alinéa) voir la section 5.3.1.3.

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide **sinistrée** et la date de prise de possession
- Code de l'aide : Code de la colonne « PCHA (art. 16) » de la section 8.3.3.3 du Manuel selon le type d'aide
- Code de produit : Ne rien inscrire
- Code de service : Ne rien inscrire
- Renseignements administratifs : Inscrire la description de l'aide (la marque, le modèle, etc.)
- Remarque : Aucun honoraire ne peut être réclamé. Si vous avez rendu des services sur cette aide, vous devrez présenter, par la suite, une demande de paiement avec la nature de service correspondante (31, 32 ou 33).

Nature 31 – Ajout de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée et la date de prise de possession
- Code de produit : Option ou accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur, voir les codes des onglets 8.2.1 à 8.2.3 du Manuel
- Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou pour une aide prise en charge :
Option : Code générique 6894401
Accessoire : Code générique 6894500
- Option ou accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S.
Option : Code C.S. 6892222
Accessoire : Code C.S. 6893333
- Code de service : Code 6502173 pour la main-d'œuvre du distributeur d'aides de suppléance à l'audition.

Nature 32 – Remplacement de composant, option, complément ou accessoire sur une aide attribuée

Il s'agit du remplacement d'options ou d'accessoires par des options ou accessoires **différents** de ceux déjà possédés par la personne assurée. Si l'option ou l'accessoire est remplacé parce qu'il est défectueux, la Régie considère qu'il s'agit d'une réparation.

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée et la date de prise de possession
- Code de produit : Option ou accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur, voir les codes des onglets 8.2.1 à 8.2.3 du Manuel
- Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou pour une aide prise en charge
Option : Code générique 6894401
Accessoire : Code générique 6894500
- Option ou accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S.
Option : Code C.S. 6892222
Accessoire : Code C.S. 6893333
- Code de service : Code 6502173 pour la main-d'œuvre du distributeur d'aides de suppléance à l'audition.

Nature 33 – Réparation d'une aide attribuée

- Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée et la date de prise de possession
- Code de l'aide : Ne rien inscrire
- Code de produit : Option ou accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou qui a été attribuée en C.S. ou prise en charge :
Option : Code générique 6504401
Accessoire : Code générique 6504500
- Matériaux (coût des pièces autres que des options et accessoires)
Code 6502181
- Code de service : Code 6502173 pour la main-d'œuvre du distributeur d'aides de suppléance à l'audition.

Nature 71 – Réinstallation d'une aide à la suite d'un déménagement

En vertu de l'article 31.1 du Règlement, la Régie paie au distributeur 60 % des montants forfaitaires en vigueur (tarif indiqué à l'onglet 8.3.2) pour la réinstallation de certains détecteurs du système de contrôle de l'environnement consécutive à un déménagement de la personne assurée.

Aide en référence : Indiquer le code de l'aide possédée et la date de prise de possession

Code de l'aide : Ne rien inscrire

Code de produit : Ne rien inscrire

Code de service : Voir l'onglet 8.3.3.3 du Manuel

6. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE

Pour être rémunéré par la Régie, le dispensateur doit soumettre sa demande de paiement dans les trois mois suivant la date à laquelle la personne assurée a reçu des services dans le cadre du Programme d'aides auditives.

6.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du dispensateur pour le compte de la personne assurée.

Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

6.1.1 Comment adhérer au dépôt direct

Il faut d'abord prendre connaissance des *Règles régissant le paiement préautorisé au crédit (dépôt direct)* au verso du formulaire *Autorisation de paiement au crédit (dépôt direct) n° 3812*. Ce formulaire est disponible dans le site Internet de la Régie.

Remplir ensuite le formulaire et le faire parvenir à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ou le déposer à l'un des bureaux de la Régie :

- Québec : 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec)
- Montréal : 425, boul. De Maisonneuve Ouest, 2^e étage, bureau 202, Montréal (Québec)

Remarque : L'accès à la boîte de dépôt de Montréal est accessible seulement durant les heures de bureau du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.

IMPORTANT

Afin de connaître les modalités particulières au dépôt direct, veuillez communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

6.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes transmises de façon conforme.

Si une demande ne figure pas sur l'état de compte dans les 45 jours après sa transmission à la Régie, elle doit être soumise de nouveau en autant qu'elle respecte le délai de facturation (90 jours de la date des services).

6.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte accompagne chaque paiement même si le solde est négatif et qu'aucun chèque n'est émis.

Régie de l'assurance Québec Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7J3

ÉTAT DE COMPTE

| | | | | |
|--|--------------------|------------------|----------------------|--------|
| LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE | | | NO CHÉQUE / VIREMENT | PAGE |
| NOM DU DISPENSATEUR | NO DU DISPENSATEUR | DATE DU PAIEMENT | 0000000 (V) | 1 DE 2 |
| CENTRE AUTORISÉ INC. | 000000 | 20AA1220 | | |

①
②
③
④
⑤

CENTRE AUTORISÉ INC.
143, RUE FICTIVE
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1N 5C9

⑥

| NCE | DATE DES SERVICES AAAA - MM - JJ | NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE | CODE DE SERVICE | NCE RÉF. | MESSAGE | MONTANT | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------|-----------------------|----------|----------|
| | | | | | SOMMAIRE PAIEMENTS | RETENUES | MESSAGES |
| <div style="position: relative; width: 100%; height: 100%;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-size: 48px; opacity: 0.5;">SPÉCIMEN</div> <div style="position: absolute; top: 10%; left: 20%;">⑦</div> <div style="position: absolute; top: 40%; left: 45%;">⑧</div> </div> | | | | | | | |

HP221 4704 306 1200

6.3.1 Description (parties 1 à 8)

L'état de compte comporte, en plus du sommaire et des renseignements généraux, la liste des demandes de paiement (incluant les refacturations et les prises en charge), d'autorisation et de révision qui ont fait l'objet d'une transaction avec la Régie.

6.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent sur l'état de compte :

1. **NOM** : Les nom et prénom du dispensateur de services.
2. **NUMÉRO DU DISPENSATEUR** : Le numéro du dispensateur de services.
3. **DATE DU PAIEMENT** : Cette date est la même que celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les deux jours ouvrables suivant cette date.
4. **NO CHÈQUE / VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant à cet état de compte, suivi de la lettre « **C** » pour identifier le mode de paiement par chèque ou de la lettre « **V** » pour identifier le dépôt direct.
5. **PAGE** : La pagination réfère au nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
6. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par le dispensateur pour l'envoi de ses états de compte.
7. **MESSAGE PAPILLON** : Un message d'information générale, en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
8. **SOMMAIRE** : Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :
 - montant du solde précédent, s'il y a lieu;
 - montant des demandes de paiement payées telles que demandées et payées en partie;
 - montant des demandes de paiement révisées;
 - montant relié aux transactions comptables (saisie, faillite, recouvrement d'honoraires, etc.);
 - solde à reporter ou montant du chèque;
 - numéro du message explicatif auquel vous devez vous référer aux dernières pages de l'état de compte;
 - les frais administratifs lorsqu'ils s'appliquent.

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte.

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------|---------|---------|--|
| Régie de l'assurance maladie Québec Case postale 6500 Québec (Québec) G1K 3T3 | | ÉTAT DE COMPTE | | | | | |
| LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE | | | | | | | |
| NOM DU DISPENSATEUR CENTRE AUTORISÉ INC. | NO DU DISPENSATEUR 000000 | DATE DU PAIEMENT 20AA1220 | NO CHÉQUE / VIREMENT 00000000 (V) | PAGE 2 DE 2 | | | |
| CENTRE AUTORISÉ INC. 143, RUE FICTIVE QUÉBEC (QUÉBEC) G1N 5C9 | | | | | | | |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| NCE | DATE DES SERVICES AAAA - MM - JJ | NAM DE LA PERSONNE ASSURÉE | CODE DE SERVICE | NCE RÉF | MESSAGE | MONTANT | |
| SPÉCIMEN | | | | | | | |
| REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE | | | | | | | |
| FIN DU RELEVÉ | | | | | | | |
| | | | | | | | |

HP321 4704 306 1300

6.3.1.2 Demandes de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge), demandes d'autorisation et demandes de révision qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits à la page 2 et aux pages subséquentes de l'état de compte se divisent en quatre blocs distincts :

- Demandes d'autorisation acceptées, révisées, annulées ou refusées.
- Demandes de paiement payées telles que demandées, payées en partie, annulées ou refusées.
- Demandes de révision de demandes de paiement et de demandes d'autorisation.
- Signification des codes de messages explicatifs inscrits sur l'état de compte. Ces codes paraissent par ordre numérique croissant et correspondent à chacun des codes de messages explicatifs relatifs aux demandes figurant sur l'état de compte.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

9. NCE : Le numéro de la demande, soit la demande de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge), la demande d'autorisation ou la demande de révision, par ordre numérique.
10. DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ = La date des services inscrite sur la demande de paiement ou la date de signature ou de la confirmation du dispensateur sur la demande d'autorisation ou de révision.
11. NAM DE LA PERSONNE ASSURÉE : L'identité de la personne assurée par tous les caractères du numéro d'assurance maladie.
12. CODE DE SERVICE : Le code du service selon la liste des services assurés à la date des services.
Remarque : Le code de service paraîtra seulement pour identifier une ligne de la demande de paiement, de la demande d'autorisation ou de la demande de révision faisant l'objet d'un refus de paiement ou d'un refus d'autorisation.
13. NCE REF : Ce numéro correspond à un numéro de demande de paiement ou de la demande d'autorisation antérieure.
14. MESSAGE : Le numéro et la description du message explicatif auquel vous devez vous référer à la dernière page de l'état de compte.
15. MONTANT : Le montant du paiement seulement, montant positif ou négatif, selon le cas.

6.3.2 Vérification des paiements

L'état de compte doit être vérifié dès sa réception en raison des délais de facturation auxquels le dispensateur est soumis. Celui-ci doit conserver une copie des demandes de paiement, d'autorisation ou de révision transmises à la Régie ou il peut consulter ses demandes par le biais du service en ligne pour s'assurer qu'elles ont été traitées.

6.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT, DES DEMANDES D'AUTORISATION ET DES DEMANDES DE RÉVISION

Chaque demande d'autorisation, demande de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge) ou demande de révision est évaluée par la Régie.

Le règlement qui intervient au terme de cette évaluation peut être différent selon que les services facturés l'ont été ou non en conformité avec la *Loi sur l'assurance maladie*, ses règlements et les accords en vigueur.

6.4.1 DEMANDE D'AUTORISATION

La demande d'autorisation figure à l'état de compte avec un ou des messages explicatifs appropriés, sans montant d'honoraires. Elles peuvent être acceptées, révisées, annulées ou refusées.

Le dispensateur qui se voit refuser ou annuler une demande d'autorisation et qui conteste la décision doit soumettre une nouvelle demande d'autorisation ou faire une demande de révision selon les modalités décrites à la partie 6.4.3.

6.4.2 DEMANDES DE PAIEMENT AUTORISÉES AU MONTANT DEMANDÉ

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le dispensateur.

6.4.3 DEMANDES DE PAIEMENT REFUSÉES EN PARTIE OU EN TOTALITÉ

Lorsque le paiement est refusé en partie, le numéro de la demande de paiement (NCE) figure à l'état de compte suivi du ou des messages explicatifs et du montant payé par la Régie.

Lorsque le paiement est refusé, aucun montant n'est inscrit dans la colonne *montant*.

Le dispensateur qui se voit refuser en partie ou en totalité le paiement des services qu'il a facturés peut procéder à une refacturation ou faire une demande de révision.

REFACTURATION

Vous pouvez procéder à une refacturation pour modifier ou corriger une demande de paiement soumise à la Régie. Vous pourrez demander une refacturation lorsque :

- La demande de paiement n'a pas encore été portée à l'état de compte et vous souhaitez l'annuler ou corriger un ou plusieurs éléments (facturation électronique seulement);
- La demande de paiement a été refusée en totalité ou en partie et vous avez des corrections à apporter ou des explications additionnelles à fournir;
- Vous voulez annuler une demande;
- Vous voulez apporter un changement de côté de port de la prothèse;
- Vous voulez échanger une aide par une autre aide.

Les services en cause doivent être refacturés dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel apparaît la décision rendue sur la demande de paiement.

Pour connaître la façon de présenter une refacturation, veuillez vous référer à la section 5.3.1.2 de l'onglet 5 *Facturation des aides auditives*.

RÉVISION

Si vous contestez le refus de la Régie et que vous souhaitez que votre demande soit reconsidérée, vous devez faire une demande de révision soit par l'intermédiaire du service en ligne des aides techniques (SELAT) soit avec le formulaire n^o 3144 en indiquant le numéro de la demande en référence à réviser (NCE de l'état de compte).

Le dispensateur doit fournir les justifications à l'appui de sa demande sans corriger ni modifier les renseignements inscrits sur sa demande de paiement ou d'autorisation.

Le dispensateur doit transmettre à la Régie tous les renseignements, documents, corrections et explications nécessaires à l'évaluation de la révision.

Le formulaire papier *Demande de révision n° 3144* de même que les documents que vous voulez joindre à votre demande de révision doivent être transmis à la Régie à l'adresse indiquée sur le formulaire ou par télécopieur au numéro suivant :

N° de télécopieur : 418 266-6485

Il est très important d'inscrire le numéro de la demande en référence (NCE de l'état de compte) dans le coin supérieur droit de tous les documents que vous transmettez à la Régie.

Le délai pour demander la révision de son paiement est de six mois à partir de la date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement ou d'autorisation a été refusée en partie ou totalement.

6.4.4 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (Formulaire n° 3144)



DEMANDE DE RÉVISION
PROGRAMMES D'AIDES TECHNIQUES

1 APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE PROTHÈSES OCULAIRES AIDES VISUELLES AIDES AUDITIVES

IDENTITÉ DU DISPENSATEUR

| | | | |
|-----------------|-----|---------------------------------|-----------------------------------|
| NOM ET PRÉNOM 2 | | NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. REGIONAL |
| ADRESSE NUMÉRO | RUE | APP. | |
| MUNICIPALITÉ | | PROVINCE | CODE POSTAL |

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----|--------|-------------------|------|------|------|---|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE 3 | NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | | | SEXE | |
| | | | ANNÉE | MOIS | JOUR | M | F |

IDENTIFICATION DE LA DEMANDE À RÉVISER

| | | | | | | |
|------------------------|----------------------------|------|-------------------|-------|---------------------------------------|------|
| NUMÉRO DE LA DEMANDE 4 | DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 5 | | DATE DU SERVICE 6 | | CODE DU OU DES MESSAGES EXPLICATIFS 7 | |
| | ANNÉE | MOIS | JOUR | ANNÉE | MOIS | JOUR |

MOTIF(S) DE LA DEMANDE 8

SPÉCIMEN

| | | | |
|-------------------------------|--------------|---------|-----------|
| NOM ET PRÉNOM EN MAJUSCULES 9 | SIGNATURE 10 | DATE 11 | |
| | | ANNÉE | MOIS JOUR |

RETOURNER À : Direction de la révision (Q034)
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

À L'USAGE DE LA RÉGIE

| | |
|----------------------|-----------------|
| SIGNATURE DE L'AGENT | DATE |
| | ANNÉE MOIS JOUR |

1. Programme concerné
2. Identité du dispensateur
3. Numéro d'assurance maladie de la personne assurée
4. Numéro de la demande (demande d'autorisation ou demande de paiement)
5. Date de l'état de compte où figurait la demande à réviser
6. Date de service telle qu'elle figure sur l'état de compte
7. Code du(des) message(s) explicatif(s) figurant sur l'état de compte en regard de la demande concernée
8. Motif de la demande de révision
9. Nom et prénom du demandeur en majuscules
10. Signature
11. Date de la plainte

6.5 DEMANDES DE PAIEMENT NON CONFORMES

Le formulaire *Programme d'aides auditives n° 4136* qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes, illisibles ou erronées ne sera pas traité et seule une lettre vous sera envoyée pour vous informer.

Pour obtenir paiement, le dispensateur doit soumettre une nouvelle demande de paiement comportant tous les renseignements requis, dans un délai de trois mois suivant la date des services.

6.6 MESSAGES EXPLICATIFS (CODES)

La Régie utilise un système de codes pour indiquer aux dispensateurs comment ont été traitées leurs demandes de paiement, leurs demandes d'autorisation et leurs demandes de révision et pour les informer des motifs justifiant sa décision.

Ces codes figurent à l'état de compte en regard de chaque demande de paiement, demande d'autorisation et demande de révision à laquelle ils s'appliquent.

Le texte des messages explicatifs correspondant à des codes paraît à la fin de l'état de compte.

7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

7.0 AVANT-PROPOS

La Régie de l'assurance maladie du Québec publie sur son site Internet la liste des aides auditives, les codes des services administratifs et les avis pour les fins de l'administration du **Programme d'aides auditives** tel que défini dans la **Loi sur l'assurance maladie** et dans le **Règlement sur les aides auditives et les services assurés**. Vous pouvez les consulter à l'adresse suivante :

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/taasa.shtml.

L'objectif général de cette publication est double. D'une part, elle a pour but de permettre aux médecins prescripteurs, aux audiologistes et aux orthophonistes de se familiariser avec les appareils et les services assurés ainsi qu'avec les règles régissant leur attribution. D'autre part, elle vise à permettre aux dispensateurs autorisés d'identifier les appareils et les services assurés et de connaître les modalités administratives de paiement, conformément à la *Loi sur l'assurance maladie* et le règlement pertinent déjà cité.

7.1 AVIS ADMINISTRATIFS

Cette section contient des directives et des précisions additionnelles concernant les modalités de facturation ou d'application de certains articles du règlement.

7.1.1 DOCUMENTS À CONSERVER

Aux fins de l'administration du **Programme des aides auditives, les audioprothésistes et les distributeurs d'aides de suppléance à l'audition doivent constituer** pour chaque personne assurée du programme, **un dossier** devant comprendre les documents suivants :

- a) les certificats médicaux;
- b) les audiogrammes;
- c) une copie de la demande de paiement;
- d) l'évaluation globale des déficiences et limitations fonctionnelles;
- e) la recommandation pour la seconde prothèse auditive de l'appareillage binaural;
- f) la recommandation de l'aide de suppléance à l'audition;
- g) la facture ou l'état de compte du fournisseur;
- h) frais afférents (assurances, douane, poste, transport, etc.);
- i) l'original du formulaire n° 4145 « Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée » dûment signé;
- j) l'original du formulaire n° 4146 « Confirmation et autorisation de la personne assurée » ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment signé;
- k) une copie de tout document fourni ou demandé par la Régie et nécessaire à l'évaluation de la demande de paiement.

Le dispensateur doit conserver au dossier les pièces justificatives d'un bien ou d'un service fourni durant une période de cinq (5) ans suivant la demande de paiement de ce bien ou de ce service.

Article 6 - Prothèses auditives

DOCUMENTS REQUIS ET PARTICULARITÉS À L'APPAREILLAGE

| ÂGE | PARTICULARITÉS | DOCUMENTS REQUIS | |
|---|---|--|--|
| | | ACHAT (article 6) | REMPLACEMENT (article 16) |
| 12 ANS OU PLUS art. 1, 1 ^o , 2 ^o , 3 ^o | - INTRA-AURICULAIRE (art. 27) : <u>déficit maximum sur une des fréquences</u> - 12 à 18 ans : 70 dB - 19 ans et + : 85 dB | <ol style="list-style-type: none"> 1. CERTIFICAT MÉDICAL (O.R.L.) (*) 2. AUDIOGRAMME (*) : a) 12 à 64 ans : O.R.L./Audiol. b) 65 ans et + : Audiol. 3. ATTESTATION DE LA NÉCESSITÉ (*) a) 12 à 64 ans : O.R.L./Audiol. b) 65 ans et + : Audiol. 4. ATTESTATION SCOLAIRE VALIDE À LA DATE DES SERVICES (19 ans et +) | MÊMES DOCUMENTS QU'EN ACHAT, PLUS Tout document justifiant le motif de remplacement tel que mentionné sous l'article 16 du présent onglement. TOUTEFOIS Si le certificat médical a confirmé la surdité permanente lors de l'achat, il n'est plus nécessaire d'en produire un nouveau lors du remplacement. |
| 0 À 11 ANS art. 1, 4 ^o DÉFICIENCE ASSOCIÉE art. 1, 5 ^o | - INTRA-AURICULAIRE (art. 27) : <u>déficit maximum sur une des fréquences</u> - 0 à 11 ans : NON ADMISSIBLE - 12 à 18 ans : 70 dB - 19 ans et + : 85 dB | <ol style="list-style-type: none"> 1. CERTIFICAT MÉDICAL (O.R.L.) (*) 2. ATTESTATION DE LA NÉCESSITÉ (*) (Audiol.) 3. ÉVALUATION GLOBALE (*) (Audiol./Ortho.) | |
| (*) Ce document doit avoir été émis à l'intérieur d'un délai d'un an. | | | |

**Article 6 - Prothèses auditives
DOCUMENTS REQUIS ET PARTICULARITÉS À L'APPAREILLAGE**

| ÂGE | PARTICULARITÉS | DOCUMENTS REQUIS | |
|--|---------------------------------|--|---|
| | | ACHAT (article 6) | REMPLACEMENT (article 16) |
| 0 À 18 ANS et 19 ANS ET PLUS, (Étudiant/Travailleur) et PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE | APPAREILLAGE BINAURAL (art. 23) | <ol style="list-style-type: none"> 1. CERTIFICAT MÉDICAL (O.R.L.) (*) 2. AUDIOGRAMME (*) : a) 12 à 64 ans : O.R.L./Audiol. b) 65 ans et + : Audiol. 3. ATTESTATION SCOLAIRE/TRAVAIL VALIDE À LA DATE DES SERVICES (19 ans et +) (**) 4. ÉVALUATION GLOBALE (Audiol./Ortho.) (*) 5. RECOMMANDATION POUR DU BINAURAL (*) (Audiol.) 6. ATTESTATION D'UNE DÉFICIENCE VISUELLE AU SENS DE LA LOI. | <p>MÊMES DOCUMENTS QU'EN ACHAT, PLUS</p> <p>Tout document justifiant le motif de remplacement tel que mentionné sous l'article 16 du présent onglet.</p> <p>TOUTEFOIS</p> <p>Si le certificat médical a confirmé la surdité permanente lors de l'achat, il n'est plus nécessaire d'en produire un nouveau lors du remplacement</p> |
| <p>(*) Ce document doit avoir été émis à l'intérieur d'un délai d'un an.</p> <p>(**) Pour une personne de 19 ans et plus avec des droits acquis, l'attestation scolaire n'est pas requise.</p> | | | |

Article 7
AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION
DOCUMENTS REQUIS

| ACHAT (article 7) | REPLACEMENT (article 16) |
|---|---|
| <p># 1. Certificat médical (O.R.L.) (*), sauf si un certificat confirmant la surdité permanente est déjà présent au dossier</p> <p>2. Audiogramme (**) (Audiol.)</p> <p>3. Évaluation globale (*) (Audiol./Ortho.)</p> <p>4. Recommandation (*) (Audiol.)</p> <p>5. Attestation de fréquentation scolaire valide à la date des services pour un étudiant de 19 ans et plus est requisse unique-ment pour l'aide visée à l'article 37</p> <p>6. Une attestation d'une déficience visuelle au sens de la Loi est requise pour une personne atteinte d'une telle déficience.</p> | <p>MÊMES DOCUMENTS QU'EN ACHAT POUR TOUTE AIDE REMPLACÉE EN VERTU DE</p> <p>art. 16, 1^o et 2^o PLUS</p> <p>un document justifiant le motif de remplacement tel que mentionné sous l'article 16 de présent onglet.</p> <p>art. 37, système MF</p> <p>art. 38, amplificateur personnel</p> <p>AUCUN DOCUMENT À FOURNIR POUR UN REMPLACEMENT EN VERTU DE :</p> <p>art. 16, 3^o, 4^o, 5^o, 6^o et 7^o SAUF un document justifiant le motif de remplacement tel que mentionné sous l'article 16 du présent onglet.</p> <p>Si le certificat médical a confirmé la surdité permanente lors de l'achat, il n'est plus nécessaire d'en produire un nouveau lors du remplacement.</p> |
| <p># (*) Ce document doit avoir été émis à l'intérieur d'un délai d'un an.</p> <p>(**) L'audiogramme exigé pourra avoir été réalisé depuis plus d'un an en autant que l'audiologiste qui réalise l'évaluation globale et qui fait la recommandation confirme que la personne respecte les critères de déficience auditive prévus au règlement. Cette attestation peut figurer sur l'audiogramme ou être intégrée au rapport audiologique ou prendre la forme d'une lettre.</p> | |

7.1.2 PRÉCISIONS RELATIVES À CERTAINES DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT**Articles 6 et 7****CERTIFICAT MÉDICAL ET INDICATION DU CARACTÈRE PERMANENT DU DÉFICIT**

Un certificat médical récent (moins d'un an) est toujours requis pour l'attribution d'une prothèse auditive jusqu'à la confirmation d'une surdité permanente pour l'oreille concernée.

Articles 6, 7, 23, 37 et 43**PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE ET ÉTABLISSEMENT AUTORISÉ**

Pour connaître la liste des établissements autorisés où une personne ayant une déficience visuelle peut se présenter, veuillez vous référer à l'onglet 3. *Dispensateurs*, section 3.10 *Liste des établissements autorisés du Programme d'aides visuelles*.

Articles 6, 7, 23, 37 et 38**ATTESTATION DE LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE**

Pour une personne assurée âgée de 19 ans ou plus qui poursuit des études de niveau secondaire, une attestation de fréquentation scolaire émise par l'institution d'enseignement est exigée. Cette attestation doit être valide à la date des services rendus.

Pour celle qui poursuit des études de niveau collégial ou universitaire, une preuve de son inscription à la session courante est exigée. Durant les vacances scolaires, elle doit fournir une preuve de son inscription à la session à venir.

Le dispensateur doit être en mesure de fournir l'attestation **à la date des services** en tout temps, pour l'achat, le remplacement ou la réparation d'une aide auditive, d'une option ou d'un accessoire.

Article 7**AUDIOGRAMME**

L'audiogramme exigé pourra avoir été réalisé depuis plus d'un an en autant que l'audiologiste qui réalise l'évaluation globale et qui fait la recommandation confirme que la personne respecte les critères de déficience auditive prévus au règlement. Cette attestation peut figurer sur l'audiogramme ou être intégrée au rapport audiologique ou prendre la forme d'une lettre.

Article 9**RÉPARATIONS**

Le dispensateur doit s'assurer que la personne assurée est admissible au programme lors de chaque réparation.

Le nettoyage, l'entretien, la vérification et l'analyse électro-acoustique d'une aide ne sont pas des services assurés. Toutefois, la vérification et l'analyse électro-acoustique sont des services assurés lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une réparation.

Article 10**RETOUR D'UNE AIDE AUDITIVE À LA RÉGIE**

Malgré l'article 10, vous pouvez conserver les aides retournées et les utiliser à des fins de démonstration ou pour faciliter les prêts lors de réparations.

Article 14**RÉPARATION PENDANT LA DURÉE MINIMALE**

L'évaluation du pourcentage établi à l'article 14 doit être faite en fonction de la seule réparation décrite sur la demande de paiement et non en fonction de l'ensemble des réparations effectuées sur l'appareil depuis son achat ou son remplacement initial.

Le coût d'achat d'une aide inclut les options et accessoires attribués lors de l'achat initial ainsi que ceux ajoutés par la suite mais exclut les remplacements d'options ou d'accessoires, les embouts et tubes, le montant forfaitaire et la prise d'empreinte.

Le coût de la réparation est le montant total estimé des pièces et de la main-d'œuvre.

Si le pourcentage du coût des réparations dépasse 70 % du coût de l'aide, le dispensateur doit alors demander le remplacement de l'aide selon les modalités prévues à l'article 16, paragraphe 5 du Règlement.

Article 15 **RÉPARATION APRÈS LA DURÉE MINIMALE**

L'évaluation du pourcentage établi à l'article 15 doit être faite en fonction du coût estimé de la réparation additionné au cumulatif des coûts totaux de réparation depuis l'expiration de sa durée minimale.

Le coût d'achat d'une aide inclut les options et accessoires attribués lors de l'achat initial ainsi que ceux ajoutés par la suite mais exclut les remplacements d'options ou d'accessoires, les embouts et tubes, le montant forfaitaire et la prise d'empreinte.

Pour l'application du pourcentage du **coût de cette aide**, l'audioprothésiste doit réclamer ses frais de réparation jusqu'à concurrence de **60 %** du coût de cette aide. Si le pourcentage du coût des réparations dépasse **60 %**, il doit alors demander le remplacement de l'aide selon les modalités prévues à l'article 16, paragraphe 7 du Règlement.

Article 16 **REMPACEMENT D'UNE AIDE AUDITIVE**

En plus des documents apparaissant aux tableaux des articles 6 et 7, les informations ou documents supplémentaires suivants doivent être conservés au dossier et fournis sur demande :

- raison 1 : tout document démontrant un changement de condition audiologique ou physique de la personne assurée;
- raison 2 : la description du motif de remplacement ou tout autre document justifiant les limitations de la personne assurée;
- raison 3 : la description du motif de remplacement ou tout autre document décrivant la problématique;
- raison 4 : la description du bris accidentel;
- raison 5 : l'estimation de la réparation (matériaux, main-d'œuvre, etc.);
- raison 6 : un document justifiant le non fonctionnement de l'aide;
- raison 7 : l'estimation de la réparation (matériaux, main-d'œuvre, etc.) additionnée au coût total des réparations depuis l'expiration de sa durée de vie minimale.

L'aide remplaçant une aide auditive sinistrée (perdue, volée, détruite ou brisée de façon irréparable) doit être une aide identique ou similaire quant à sa fonction et à son prix à une aide auditive énumérée au **Tarif des aides auditives et des services assurés** et la personne doit être admissible à cette aide.

Les aides prises en charge par la Régie auront une durée de vie minimale de deux ans à compter de la prise de possession de cette aide.

Article 17
DEMANDE DE CONSIDÉRATION SPÉCIALE

Une demande d'autorisation est requise **uniquement** pour transmettre les renseignements relatifs à la demande de considération spéciale selon cet article. Pour connaître la procédure à suivre, veuillez consulter la section 5.3.1.3 de l'onglet *Facturation des aides auditives*.

Article 19
MONTANT FORFAITAIRE

Les montants pour ces services apparaissent à la Partie III de l'annexe I (voir la section 8.3 du Manuel).

Le coût d'ajustement de la prothèse auditive, au cours de la première année, est compris dans le montant forfaitaire d'attribution. Au cours des années subséquentes, le temps alloué à un ajustement peut être facturé seulement s'il est **requis dans le cadre d'une réparation**.

S'il s'avère qu'en cours d'ajustement, la prothèse attribuée que vous avez facturée doit être échangée pour une autre prothèse (par exemple à cause d'une incapacité pour la personne assurée à s'adapter), vous pouvez, **si vous aviez vous-même fourni l'aide précédente**, facturer à nouveau en sélectionnant le type d'activité REFACTURATION de la demande de paiement. Pour connaître la procédure à suivre, veuillez consulter la section 5.3.1.2 de l'onglet 5 « Facturation des aides auditives ».

Articles 20, 21, 24 et 31
QUART D'HEURE OU FRACTION DE QUART D'HEURE

Le tarif alloué pour le temps du dispensateur est déterminé pour un quart d'heure ou une fraction de quart d'heure sans égard au nombre de minutes compris dans le quart d'heure. Ce tarif n'est pas divisible.

Article 20
FACTURATION CONCERNANT UNE PERSONNE ASSURÉE DÉCÉDÉE

Pour facturer vos services en vertu de cet article, vous devez utiliser la nature de service 99 (voir la section 5.3.8.1 de l'onglet 5 *Facturation des aides auditives*).

Article 21
RÉPARATION D'UNE PROTHÈSE AUDITIVE

Au cours de la deuxième année de la période de garantie, le coût du temps de l'audioprothésiste peut être facturé avec le code 6500458 seulement si la réparation a été effectuée chez le manufacturier.

Article 23**NOTION DE TRAVAIL OU DOCUMENTS ATTESTANT QUE LA PERSONNE ASSURÉE OCCUPE UN EMPLOI**

L'octroi d'une deuxième prothèse doit améliorer de façon substantielle le seuil d'intelligibilité de la parole et être essentielle à la poursuite d'un travail. À cet égard, le travail doit être compris comme procurant un salaire ou un avantage.

Documents devant être conservés au dossier et fournis sur demande :

- Pour la personne salariée
 - Seule une lettre officielle et récente de l'employeur attestant que la personne occupe un emploi, que ce soit à temps plein ou complet, partiel ou saisonnier, est acceptée. Cette attestation est valide pour un an.
- Pour le travailleur autonome
 - Copie du certificat d'enregistrement ou d'incorporation de la compagnie;ou
 - Copie du ou des contrats de travail;ou
 - Copie de la plus récente déclaration de revenu (rapport d'impôt);ou
 - Copie du certificat de membre d'un ordre professionnel;ou
 - Tout autre document.

Article 24**AJOUT OU REMPLACEMENT D'UNE OPTION OU D'UN ACCESSOIRE APRÈS LA PREMIÈRE ANNÉE D'UTILISATION DE LA PROTHÈSE**

Utiliser la nature de service 31 lorsqu'il s'agit d'un ajout d'options ou d'accessoires et la nature 32 dans le cas d'un remplacement.

Pour un remplacement, l'option ou l'accessoire facturé doit être **différent** de celui qu'il remplace et ne doit pas être attribuable à une défectuosité.

Article 26**EMBOUT OU PRISE D'EMPREINTE DE COQUILLE**

Utiliser le code 6550552 pour les embouts et le code 6550560 pour la prise d'empreinte de coquille. Lorsque le remplacement est attribuable à une première allergie (troisième alinéa de l'article 26), veuillez utiliser le code 6550578.

Pour vous assurer que le nombre d'embouts ou de prise d'empreinte de coquille admissible n'est pas dépassé, veuillez procéder de la façon suivante :

À la date des services, vérifier l'âge de la personne assurée. Reculer à la **première** des deux dates suivantes : la date d'anniversaire de cette personne ou la date du dernier remplacement de l'aide et calculer le nombre d'embouts ou de prises d'empreinte de coquille payés par la Régie depuis cette date.

Article 31
RÉPARATIONS

Le distributeur peut réclamer de la main-d'œuvre après la première année de prise de possession de l'aide.

Dans tous les cas de réparation, le distributeur doit être en mesure de fournir à la Régie, sur demande, la liste détaillée des matériaux utilisés, le prix de chacun d'eux et la description du travail effectué.

Article 31.1
LE DÉMÉNAGEMENT

Utiliser les codes indiqués à la section 8.3.3.3 pour réclamer le service du distributeur lors de la réinstallation consécutive à un déménagement et inscrire la nature de service numéro 71 (voir la section 5.3.8.2 de l'onglet *Facturation des aides auditives*).

Article 37
SYSTÈME DE MODULATION DE FRÉQUENCE

Précisions pour l'acquisition d'un système MF :

- L'enfant doit être âgé de moins de 6 ans au moment de la recommandation faite par l'audiologiste;
- Les systèmes MF attribués à des **étudiants** des niveaux primaire et secondaire **ne sont pas assurés** par le *Programme d'aides auditives* administré par la Régie. Le remboursement (achat et réparation) de ces appareils, options et accessoires (cordes, sabots, etc.) est assumé par **les commissions scolaires concernées**.

Article 40
SYSTÈME D'AMPLIFICATION SANS FIL POUR L'ÉCOUTE DE LA TÉLÉVISION

Lorsqu'il y a un système d'amplification sans fil à modulation de fréquence ou à infra rouge pour l'écoute de la télévision dans une unité de logement et que vous devez réclamer un récepteur additionnel pour une autre personne de cette unité de logement, veuillez utiliser les codes génériques indiqués au tableau de la section 8.3.3.3 de votre Manuel.

Article 40.1
AIDE VIBROTACTILE

Pour facturer un vibreur pour récepteur de signaux visuels pour une personne qui ne possède pas l'aide, veuillez utiliser le code générique 6840201 indiqué au tableau de la section 8.3.3.3 de votre Manuel.

Article 41
CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Lorsque dans l'unité de logement, il y a déjà un contrôle d'environnement de type tactile et que vous réclamez un récepteur tactile pour une personne additionnelle de cette unité de logement, veuillez utiliser le code générique 6841639 indiqué au tableau de la section 8.3.3.3 de votre Manuel.

Articles 32 à 43

AIDES DE SUPPLÉANCE AYANT LA MÊME FONCTION

La Régie n'autorise pas le paiement de deux aides de suppléance à l'audition ayant la même fonction tel que mentionné au tableau suivant.

| Type d'aide demandée | | Refuser si la personne a déjà une aide de type suivant |
|---|-----|---|
| Décodeur | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Décodeur • Boucle magnétique • Système d'amplification sans fil pour l'écoute de la télévision (à modulation de fréquences) • Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision |
| Boucle magnétique | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Décodeur • Boucle magnétique • Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision • Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision |
| Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Décodeur • Boucle magnétique • Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision • Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision |
| Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Décodeur • Boucle magnétique • Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision • Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision |
| Téléscripteur adapté à afficheur braille | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Téléscripteur adapté à écran large | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |

| Type d'aide demandée | | Refuser si la personne a déjà une aide de type suivant |
|-------------------------------|--|---|
| Téléscripteur avec imprimante | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Téléscripteur sans imprimante | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Modem dédié au téléscripteur | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Amplificateur téléphonique | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Téléscripteur adapté à afficheur braille • Téléscripteur adapté à écran large • Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI • Téléscripteur avec imprimante • Téléscripteur sans imprimante • Modem dédié au téléscripteur • Amplificateur téléphonique |
| Visuel | détecteur de fumée | <ul style="list-style-type: none"> • Tactile (peu importe la fonction) |
| | détecteur de pleurs de bébé | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (détecteur de pleurs de bébé) • Tactile (peu importe la fonction) |
| | détecteur de sonnerie de téléphone | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (détecteur de sonnerie de téléphone) • Visuel (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) • Tactile (peu importe la fonction) |
| | détecteur de sonnerie de porte | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (détecteur de sonnerie de porte) • Visuel (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) • Tactile (peu importe la fonction) |
| | détecteur de sons | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (détecteur de sons) • Tactile (peu importe la fonction) |
| | détecteur de pleurs de bébé ou de sons | <ul style="list-style-type: none"> • Tactile (peu importe la fonction) |

| Type d'aide demandée | | Refuser si la personne a déjà une aide de type suivant |
|--|---|---|
| Visuel (suite) | détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées | <ul style="list-style-type: none"> • Tactile (peu importe la fonction) • Visuel (détecteur de sonnerie de téléphone) • Visuel (détecteur de sonnerie de porte) • Visuel (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) |
| | récepteur de signaux | <ul style="list-style-type: none"> • Tactile (peu importe la fonction) |
| Tactile | détecteur de fumée | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) |
| | détecteur de pleurs de bébé | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (détecteur de pleurs de bébé) |
| | détecteur de sonnerie de téléphone | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (détecteur de sonnerie de téléphone) • Tactile (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) |
| | détecteur de sonnerie de porte | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (détecteur de sonnerie de porte) • Tactile (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) |
| | détecteur de sons | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (détecteur de sons) |
| | détecteur de pleurs de bébé ou de sons | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) |
| | détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (détecteur de sonnerie de téléphone) • Tactile (détecteur de sonnerie de porte) • Tactile (détecteur de sonneries de téléphone et de porte combinées) |
| | récepteur de signaux | <ul style="list-style-type: none"> • Visuel (peu importe la fonction) • Tactile (récepteur de signaux) |
| Réveille-matin adapté visuel | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Réveille-matin adapté visuel • Réveille-matin adapté tactile • Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdi-cécité |
| Réveille-matin adapté tactile | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Réveille-matin adapté visuel • Réveille-matin adapté tactile • Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdi-cécité |
| Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdi-cécité | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Réveille-matin adapté visuel • Réveille-matin adapté tactile • Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdi-cécité |
| Amplificateur personnel | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Amplificateur personnel |
| Aide vibrotactile | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Aide vibrotactile |
| Système de modulation de fréquence | N/A | <ul style="list-style-type: none"> • Système de modulation de fréquence |

7.2 FORMULAIRES EN UTILISATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME D'AIDES AUDITIVES

| NO | DERNIÈRE MISE À JOUR | NOM |
|-----------|---------------------------------|---|
| 4145 | 11/02 | Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée |
| 4146 | 11/02 | Confirmation et autorisation de la personne assurée |
| 3485 | 11/03 | Recommandation - Aide de suppléance à l'audition |
| 3486 | 11/06 | Certificat médical - Programme des aides auditives |

Remarque : Ces formulaires sont reproduits dans les pages qui suivent.

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UNE PERSONNE ASSURÉE - (formulaire n° 4145)

Régie de
l'assurance maladie

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UNE PERSONNE ASSURÉE

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---|---------------------------------|
| 1 - Personne assurée | | | |
| NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | | |
| ADRESSE NUMÉRO | RUE | APPARTEMENT | |
| MUNICIPALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL | |
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE | DATE DE NAISSANCE A M J | SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | TÉLÉPHONE DOMICILE IND. RÉG. |

2 - Personne visée par l'autorisation

| | |
|--|---------------------------------|
| Dispensateur | |
| NOM ET PRÉNOM DE L'AUDIOPROTHÉSISTE | NUMÉRO DE PERMIS |
| AUX AUDIOPROTHÉSISTES DU GROUPEMENT : | LOCALITÉ DE LA PLACE D'AFFAIRES |
| NOM DU DISTRIBUTEUR D'AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION | NUMÉRO DE PERMIS |

| | | |
|---------------------|--------|------------------|
| Audiologiste | | |
| NOM | PRÉNOM | NUMÉRO DE PERMIS |

SPÉCIMEN

3 - Autorisation et déclaration

La personne assurée autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à communiquer les renseignements suivants au dispensateur ou à l'audiologiste ci-dessus désigné.

La Régie pourra divulguer : le code de l'aide, la description du code de l'aide, la date de prise de possession de l'aide, la date de service, la nécessité ou non d'un certificat médical, le côté, le statut et le nombre d'unités de chacune des aides qui m'ont été attribuées et dont le coût a été assumé ou remboursé par la Régie.

Je déclare savoir que les renseignements communiqués serviront à évaluer si l'aide ou le service rendu peut être couvert dans le cadre du Régime d'assurance maladie et je consens donc en toute connaissance de cause à la communication de ces renseignements.

4 - Durée

La présente autorisation est valable pour une durée maximale de deux ans à compter de la date de la signature de la présente.

5 - Signature

| | | | |
|----------------------------------|---------------|------|------|
| SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE | DATE ANNÉE | MOIS | JOUR |
| X _____ | | | |

RECOMMANDATION - AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION
(formulaire n° 3485)

| | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>Régie de l'assurance maladie Québec</p> | <p>RECOMMANDATION AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION Programme des aides auditives</p> | <p>À L'USAGE DE LA RÉGIE</p> |
| <p>(IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE)</p> | | |
| <p>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE _____</p> | <p>NOM _____</p> | <p>PRENOM _____</p> |
| <p>L'évaluation globale des besoins sur le plan auditif a été faite le : _____ ANNÉE MOIS JOUR par _____</p> | | |
| <p>MSP (500 - 1000 - 2000 - 4000 Hz)</p> <p>OREILLE DROITE _____ dB HL</p> <p>OREILLE GAUCHE _____ dB HL</p> | <p>PRÉCISIONS</p> | |
| <p>RECOMMANDATION</p> | | |
| <p>Compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'admissibilité de la personne assurée en vertu du règlement sur les aides auditives, nous recommandons l'utilisation de (des) aide(s) de suppléance à l'audition suivante :</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> Transmission de textes</p> <p>TYPE(S) _____</p> <p>REMARQUE(S) _____</p> | | |
| <p>SPÉCIMEN</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> Transmission de sons</p> <p><input type="checkbox"/> Utilise déjà au moins une prothèse auditive depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Ne possède pas ou ne peut utiliser la prothèse auditive</p> <p>N.B. : JOINDRE UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE ET/OU UNE ATTESTATION D'EMPLOI ET UNE DESCRIPTION DE TÂCHE, SI REQUIS</p> <p>TYPE(S) _____</p> <p>REMARQUE(S) _____</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> Contrôle de l'environnement</p> <p>Préciser le ou les détecteur(s).</p> <p>TYPE(S) _____</p> <p>REMARQUE(S) _____</p> | | |
| <p>SIGNATURE DE L'AUDIOLOGISTE _____ NUMÉRO _____ DATE ANNÉE MOIS JOUR</p> | | |
| <p>3485 285 02/03</p> <p style="font-size: 8px;">FEUILLE BLANCHE : RÉGIE - COPIE JAUNE : DISTRIBUTEUR - COPIE ROSE : AUDIOLOGISTE</p> | | |

8.3.3 CODES ADMINISTRATIFS

8.3.3.1 Avant-propos

Le présent onglet présente les codes administratifs à utiliser pour la facturation des aides auditives lorsque le produit ou le service réclamé n'est pas présent à la liste des services assurés.

Les codes administratifs sont présentés en deux parties soit l'une consacrée aux prothèses auditives et l'autre aux aides de suppléance à l'audition.

8.3.3.2 Codes administratifs - Prothèses auditives

PROTHÈSES AUDITIVES - Aides

| DESCRIPTION DE L'AIDE | | CODES À UTILISER | | NATURE |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------|--------|
| Catégorie | Type | Code de la liste en vigueur | C.S. | |
| Analogique | intra-auriculaire | | 6188882 | 11-21 |
| | contour d'oreille | | 6288880 | 11-21 |
| | sur lunette | | 6388888 | 11-21 |
| | de corps | | 6488886 | 11-21 |
| Analogique à contrôle numérique | intra-auriculaire | | 6788889 | 11-21 |
| | contour d'oreille | | 6777775 | 11-21 |
| Numérique | intra-auriculaire | Voir l'onglet correspondant | 6609994 | 11-21 |
| | contour d'oreille | Voir l'onglet correspondant | 6629992 | 11-21 |

8.3.3.2 Codes administratifs - Prothèses auditives (suite)

PROTHÈSES AUDITIVES - Options et accessoires (chez l'audioprothésiste)

| DESCRIPTION | CODES À UTILISER | | | NATURE |
|---|-----------------------------|-----------|---------|----------------|
| | Code de la liste en vigueur | Générique | C.S. | |
| Option prévue sous une aide de la liste en vigueur | Voir l'onglet correspondant | | | 11-21-31-32-33 |
| Accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur | Voir l'onglet correspondant | | | 11-21-31-32-33 |
| Option non prévue sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S. | | | 6182222 | 11-21-31-32 |
| Accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S. | | | 6183333 | 11-21-31-32 |
| Option pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou une aide prise en charge | | 6504401 | | 31-32-33 |
| Accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou une aide prise en charge | | 6504500 | | 31-32-33 |
| Option pour une aide qui a déjà été attribuée en C.S. | | 6504401 | | 33 |
| Accessoire pour une aide qui a déjà été attribuée en C.S. | | 6504500 | | 33 |
| Embout et tube | 6550552 | | | 11-21-33 |
| Nouvel embout pour cause d'allergie | 6550578 | | | 33 |
| Prise d'empreinte de la coquille | 6550560 | | | 11-21-33 |
| Tube | 6550016 | | | 33 |
| Harnais pour prothèse de corps | 6550255 | | | 32-33 |
| Pochette pour prothèse de corps | 6550305 | | | 32-33 |
| Couvercle de microphone pour prothèse contour d'oreille ou de corps | 6550354 | | | 32-33 |
| Matériaux autres que options et accessoires | | 6502264 | | 33 |

8.3.3.2 Codes administratifs - Prothèses auditives (suite)**PROTHÈSES AUDITIVES - Services et autres****Services rendus chez l'audioprothésiste**

| DESCRIPTION | CODE | NATURE |
|--|----------------------|----------|
| Service de l'audioprothésiste lors de l'achat ou du remplacement d'une prothèse (art. 19) | 6501050 | 11-21 |
| En cas de décès d'une personne assurée, service de l'audioprothésiste (art. 20) (Code de l'aide en référence) | 6500029 (6699999) | 99 99 |
| Coût du temps requis par l'audioprothésiste, par quart d'heure ou fraction de quart d'heure lors d'une réparation (art. 21) | 6500458 | 33 |
| Coût du temps requis par l'audioprothésiste, par quart d'heure ou fraction de quart d'heure, après la première année suivant la date de prise de possession de la prothèse, lors de l'ajout ou du remplacement d'une option ou d'un accessoire (art. 24) | 6501068 | 31-32 |

Services rendus chez le fabricant

| DESCRIPTION | CODE | NATURE |
|--|---------|--------|
| Coût, pièces et main d'œuvre, pour l'ajout ou le remplacement chez le fabricant, d'une option ou d'un accessoire (art. 24) | 6500771 | 31-32 |
| Réparation chez le fabricant incluant pièces et main d'œuvre (art. 21) | 6500102 | 33 |

8.3.3.2 Codes administratifs - Prothèses auditives (suite)

PROTHÈSES AUDITIVES - Prise en charge

| DESCRIPTION DE L'AIDE | | PCHA (art. 9) | | PCHA (art. 16) | |
|------------------------------------|-------------------|------------------|----------|-------------------|--------|
| Catégorie | Type | Code | Nature | Code | Nature |
| Analogique | intra-auriculaire | 6870012 | 31-32-33 | 6155550 | 23 |
| | contour d'oreille | 6870013 | 31-32-33 | 6255558 | 23 |
| | sur lunette | 6870014 | 31-32-33 | 6355556 | 23 |
| | de corps | 6870015 | 31-32-33 | 6455554 | 23 |
| Analogique à contrôle numérique | intra-auriculaire | 6870016 | 31-32-33 | 6755557 | 23 |
| | contour d'oreille | 6870017 | 31-32-33 | 6766661 | 23 |
| Numérique | intra-auriculaire | 6870018 | 31-32-33 | 6659999 | 23 |
| | contour d'oreille | 6870019 | 31-32-33 | 6658991 | 23 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Aides

| DESCRIPTION | CODES À UTILISER | | NATURE |
|---|-----------------------------|---------|--------|
| | Code de la liste en vigueur | C.S. | |
| TRANSMISSION DE TEXTES | | | |
| Décodeur | Voir l'onglet correspondant | 6899009 | 11-21 |
| Téléscripteur avec imprimante | Voir l'onglet correspondant | 6870000 | 11-21 |
| Téléscripteur sans imprimante | Voir l'onglet correspondant | 6870001 | 11-21 |
| Téléscripteur adapté à afficheur braille | Voir l'onglet correspondant | 6810071 | 11-21 |
| Téléscripteur à écran large | Voir l'onglet correspondant | 6810436 | 11-21 |
| Télescripteur adapté portable de réception à mode PSI | Voir l'onglet correspondant | 6819999 | 11-21 |
| Modem dédié au télescripteur | Voir l'onglet correspondant | 6818991 | 11-21 |
| TRANSMISSION DE SONS | | | |
| Aide vibro-tactile | Voir l'onglet correspondant | 6899090 | 11-21 |
| Amplificateur personnel | Voir l'onglet correspondant | 6899066 | 11-21 |
| Amplificateur téléphonique | Voir l'onglet correspondant | 6899033 | 11-21 |
| Boucle magnétique | Voir l'onglet correspondant | 6899082 | 11-21 |
| Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision | Voir l'onglet correspondant | 6899074 | 11-21 |
| Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision | Voir l'onglet correspondant | 6827000 | 11-21 |
| Système de modulation de fréquence (MF) | Voir l'onglet correspondant | 6899058 | 11-21 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Aides (suite)

| DESCRIPTION | CODES À UTILISER | | NATURE |
|---|-----------------------------|---------|--------|
| | Code de la liste en vigueur | C.S. | |
| CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT | | | |
| TYPE TACTILE | | | |
| Détecteur de feu | Voir l'onglet correspondant | 6899199 | 11-21 |
| Détecteur de pleurs de bébé | Voir l'onglet correspondant | 6870004 | 11-21 |
| Détecteur de sons | Voir l'onglet correspondant | 6870005 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de porte | Voir l'onglet correspondant | 6899181 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | Voir l'onglet correspondant | 6899173 | 11-21 |
| Récepteur | Voir l'onglet correspondant | 6899215 | 11-21 |
| TYPE VISUEL | | | |
| Détecteur de feu | Voir l'onglet correspondant | 6899124 | 11-21 |
| Détecteur de pleurs de bébé | Voir l'onglet correspondant | 6870006 | 11-21 |
| Détecteur de sons | Voir l'onglet correspondant | 6870007 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de porte | Voir l'onglet correspondant | 6899116 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | Voir l'onglet correspondant | 6899108 | 11-21 |
| Récepteur | Voir l'onglet correspondant | 6899140 | 11-21 |
| TYPE RÉVEILLE-MATIN | | | |
| Réveille-matin adapté visuel | Voir l'onglet correspondant | 6899223 | 11-21 |
| Réveille-matin adapté tactile | Voir l'onglet correspondant | 6899231 | 11-21 |
| Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdité | Voir l'onglet correspondant | 6899249 | 11-21 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Options, accessoires et autres

| DESCRIPTION | CODES À UTILISER | | | NATURE |
|---|-----------------------------|-----------|---------|----------------|
| | Code de la liste en vigueur | Générique | C.S. | |
| Option prévue sous une aide de la liste en vigueur | Voir l'onglet correspondant | | | 11-21-31-32-33 |
| Accessoire prévu sous une aide de la liste en vigueur | Voir l'onglet correspondant | | | 11-21-31-32-33 |
| Option non prévue sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S. | | | 6892222 | 11-21-31-32 |
| Accessoire non prévu sous une aide de la liste en vigueur ou pour une aide en C.S. | | | 6893333 | 11-21-31-32 |
| Option pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou une aide prise en charge | | 6894401 | | 31-32-33 |
| Accessoire pour une aide qui n'est plus sur la liste en vigueur ou une aide prise en charge | | 6894500 | | 31-32-33 |
| Option pour une aide qui a déjà été attribuée en C.S. | | 6894401 | | 33 |
| Accessoire pour une aide qui a déjà attribuée en C.S. | | 6894500 | | 33 |
| Vibrateur pour récepteur de signaux visuels (pour une personne ne possédant pas l'aide) | | 6841624 | | 11-21-33 |
| Récepteur système amplification sans fil à modulation de fréquence pour écoute de la télévision (pour une personne ne possédant pas l'aide) | | 6841622 | | 11-21-33 |
| Récepteur système amplification sans fil à infrarouge pour écoute de la télévision (pour une personne ne possédant pas l'aide) | | 6841623 | | 11-21-33 |
| Câble de branchement pour implant cochléaire ou implant osseux avec aide de transmission de sons | | 6823496 | | 11-21-31-32-33 |
| Récepteur de type tactile attribué à une personne ayant une déficience auditive admissible ne possédant pas de système de contrôle de l'environnement (art. 41) | | 6841639 | | 11-21-33 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Services et autres

| DESCRIPTION | CODE | NATURE |
|---|---------|--------|
| Service du distributeur lors de l'achat ou du remplacement d'une aide de suppléance à l'audition (art. 30) | | |
| TRANSMISSION DE TEXTES | | |
| Décodeur | 6502066 | 11-21 |
| Téléscripteur avec imprimante | 6502074 | 11-21 |
| Téléscripteur sans imprimante | 6502074 | 11-21 |
| Téléscripteur adapté à afficheur braille | 6502082 | 11-21 |
| Téléscripteur à écran large | 6502082 | 11-21 |
| Téléscripteur adapté portatif de réception à mode PSI | 6502249 | 11-21 |
| Modem dédié au téléscripteur | 6502256 | 11-21 |
| TRANSMISSION DE SONS | | |
| Aide vibro-tactile | 6502199 | 11-21 |
| Amplificateur personnel | 6502116 | 11-21 |
| Amplificateur téléphonique | 6502090 | 11-21 |
| Boucle magnétique | 6502124 | 11-21 |
| Système d'amplification sans fil à infrarouge pour l'écoute de la télévision | 6502132 | 11-21 |
| Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision | 6502132 | 11-21 |
| Système de modulation de fréquence (MF) | 6502108 | 11-21 |
| CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT (VISUEL ET TACTILE) | | |
| Détecteur de feu | 6502223 | 11-21 |
| Détecteur de pleurs de bébé | 6502231 | 11-21 |
| Détecteur de sons | 6502231 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de porte | 6502207 | 11-21 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | 6502215 | 11-21 |
| Récepteur | | |
| Réveille-matin adapté visuel, tactile et pour personne ayant une surdicécité | 6502165 | 11-21 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Services et autres (suite)

| Service du distributeur lors de la réinstallation consécutive à un déménagement (art. 31.1) | CODE | NATURE |
|--|-------------|---------------|
| Détecteur de feu | 6507306 | 71 |
| Détecteur de pleurs de bébé | 6507314 | 71 |
| Détecteur de sons | 6507315 | 71 |
| Détecteur de sonnerie de porte | 6507330 | 71 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | 6507322 | 71 |
| Coût du temps requis par le distributeur, par quart d'heure ou fraction de quart d'heure, lors de la réparation d'une aide, d'une option ou d'un accessoire ou lors de l'ajout ou du remplacement d'une option ou d'un accessoire. | 6502173 | 31-32-33 |
| Coût des pièces | 6502181 | 33 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Prise en charge

| DESCRIPTION DE L'AIDE | PCHA (art. 9) | | PCHA (art. 16) | |
|---|------------------|----------|-------------------|--------|
| | Code | Nature | Code | Nature |
| TRANSMISSION DE TEXTES | | | | |
| Décodeur | 6870020 | 31-32-33 | 6855506 | 23 |
| Téléscripteur avec imprimante | 6870021 | 31-32-33 | 6855514 | 23 |
| Téléscripteur sans imprimante | 6870022 | 31-32-33 | 6855753 | 23 |
| Téléscripteur adapté à afficheur braille | 6870023 | 31-32-33 | 6870002 | 23 |
| Téléscripteur à écran large | 6870024 | 31-32-33 | 6870003 | 23 |
| Téléscripteur adapté portable de réception à mode PSI | 6870025 | 31-32-33 | 6859995 | 23 |
| Modem dédié au téléscripteur | 6870026 | 31-32-33 | 6858997 | 23 |
| TRANSMISSION DE SONS | | | | |
| Aide vibro-tactile | 6870027 | 31-32-33 | 6855654 | 23 |
| Amplificateur personnel | 6870028 | 31-32-33 | 6855563 | 23 |
| Amplificateur téléphonique | 6870029 | 31-32-33 | 6855530 | 23 |
| Boucle magnétique | 6870030 | 31-32-33 | 6855571 | 23 |
| Système d'amplification sans fil à infra-rouge pour l'écoute de la télévision | 6870031 | 31-32-33 | 6855589 | 23 |
| Système d'amplification sans fil à modulation de fréquence pour l'écoute de la télévision | 6870032 | 31-32-33 | 6857999 | 23 |
| Système de modulation de fréquence (MF) | 6870033 | 31-32-33 | 6855555 | 23 |
| CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT | | | | |
| Type tactile | | | | |
| Détecteur de feu | 6870034 | 31-32-33 | 6855738 | 23 |
| Détecteur de pleurs de bébé | 6870040 | 31-32-33 | 6870008 | 23 |
| Détecteur de sons | 6870042 | 31-32-33 | 6870009 | 23 |
| Détecteur de sonnerie de porte | 6870036 | 31-32-33 | 6855720 | 23 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | 6870038 | 31-32-33 | 6855712 | 23 |
| Récepteur | 6870044 | 31-32-33 | 6855704 | 23 |

8.3.3.3 Codes administratifs - Aides de suppléance à l'audition (suite)

AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION - Prise en charge (suite)

| DESCRIPTION DE L'AIDE | PCHA (art. 9) | | PCHA (art. 16) | |
|---|------------------|----------|-------------------|--------|
| | Code | Nature | Code | Nature |
| CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT (SUITE) | | | | |
| Type visuel | | | | |
| Détecteur de feu | 6870035 | 31-32-33 | 6855688 | 23 |
| Détecteur de pleurs de bébé | 6870041 | 31-32-33 | 6870010 | 23 |
| Détecteur de sons | 6870043 | 31-32-33 | 6870011 | 23 |
| Détecteur de sonnerie de porte | 6870037 | 31-32-33 | 6855670 | 23 |
| Détecteur de sonnerie de téléphone | 6870039 | 31-32-33 | 6855662 | 23 |
| Récepteur | 6870045 | 31-32-33 | 6855621 | 23 |
| Type réveille-matin | | | | |
| Réveille-matin adapté visuel | 6870047 | 31-32-33 | 6855639 | 23 |
| Réveille-matin adapté tactile | 6870046 | 31-32-33 | 6855647 | 23 |
| Réveille-matin adapté pour personne ayant une surdité | 6870048 | 31-32-33 | 6855613 | 23 |