

INDEX

4. RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE ET ASSURÉS EN VERTU DE LA <i>LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE</i>	2
4.1 TITRE PREMIER PROTHÈSES, ORTHÈSES, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET AUTRES ÉQUIPEMENTS.....	2
4.1.1 CHAPITRE Services, appareils et autres équipements assurés	2
4.1.2 CHAPITRE II Services, appareils ou autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée	5
4.1.3 CHAPITRE III Coûts assumés par la Régie.....	7
4.1.4 CHAPITRE IV Modalités d'attribution.....	9
4.2 TITRE DEUXIÈME AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE	14
4.2.1 CHAPITRE 1 Services, appareils et autres équipements assurés	14
4.2.2 CHAPITRE II Services, appareils et autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée	17
4.2.3 CHAPITRE III Coûts assumés par la Régie.....	21
4.2.4 CHAPITRE IV Modalités d'attribution.....	23

4. RÉGLEMENT

SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE ET ASSURÉS EN VERTU DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE*

Loi sur l'assurance maladie
(L.R.Q., c. A-29, a. 3, 5^e al. et 69, 1^e al., par. h)

4.1 TITRE PREMIER

PROTHÈSES, ORTHÈSES, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET AUTRES ÉQUIPEMENTS

1. Est déterminé comme assuré aux fins du cinquième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29), un service, un appareil ou un autre équipement visé au présent Titre fourni à une personne assurée au sens de cette loi dans les cas, aux conditions et dans les circonstances que le présent Titre énonce.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, instituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), assume le coût d'un tel service de même que le coût d'achat, du remplacement, de la mise au point ou de la réparation d'un tel appareil ou de tel autre équipement.

1.1. Pour l'application du présent Titre, le mot « Tarif » désigne le tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés, pris par la Régie en vertu de l'article 72.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29). présent Titre énonce.

4.1.1 CHAPITRE

Services, appareils et autres équipements assurés

2. Constitue un appareil, pour l'application du présent Titre, une prothèse, une orthèse ou un appareil orthopédique. Il y a deux types d'appareils orthopédiques : les aides à la marche et les aides à la verticalisation.

3. Un appareil a des composants, qui sont autant de ses parties constituantes et il peut recevoir un ajustement. Un appareil peut aussi avoir un complément qui consiste en un accessoire à la fois nécessaire à l'amélioration de la fonction de l'appareil et requis pour un usage permanent.

4. Un appareil est assuré s'il :

1^o est visé à l'une ou l'autre énumération figurant au Tarif;

2^o est fabriqué de tous les composants et compléments de base qui apparaissent à l'énumération des « Composant(s) et complément(s) de base » qui se rapporte à la description qui peut être faite de l'appareil au Tarif.

Toutefois, un appareil dont le prix d'achat ou de remplacement prévu au Tarif consiste en la mention « **C.S.** » peut constituer un appareil assuré à l'égard d'une personne assurée s'il est démontré, au moyen d'une évaluation réalisée par la personne visée à l'article 31, qu'en raison d'une incapacité particulière, cette dernière ne peut utiliser aucun autre appareil assuré apparaissant à une énumération figurant à la Partie I du Tarif et si l'appareil est fabriqué de tous les composants de base apparaissant à la description d'un appareil similaire figurant à la Partie I du Tarif.

5. Malgré le paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 4, un composant optionnel peut être substitué à un composant de base d'un appareil lorsque le premier apparaît à une énumération de « Composant(s) et complément(s) disponible(s) », qui figure à la description de l'appareil, ou à une énumération exclusive de composants faite au Tarif.

6. L'ajustement que peut recevoir un appareil n'est assuré que s'il apparaît à l'énumération des « Ajustement(s) disponible(s) » qui figure à la description de l'appareil faite au Tarif.

7. Le complément d'un appareil n'est assuré que s'il apparaît à une énumération des « Composant(s) et complément(s) de base » ou à une énumération des « Composant(s) et complément(s) disponible(s) » qui figure à la description de l'appareil ou à une énumération exclusive de compléments faite au Tarif.

8. Pour être assuré, un appareil, un composant, un ajustement ou un complément doit être fabriqué avec des matériaux de qualité adéquate et de nature telle que son coût ne peut dépasser le prix fixé au Tarif pour cet appareil, cet ajustement, ce composant ou ce complément. Il doit de plus revêtir un caractère esthétique et sécuritaire.

9. Est assuré le remplacement d'un appareil assuré pendant sa période de durée minimale, lorsque l'ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre indique la nécessité d'un tel remplacement par une attestation du changement significatif de l'état physique de la personne assurée ou lorsque la croissance d'une personne assurée de moins de 19 ans est démontrée au moyen d'une évaluation réalisée par une personne visée, selon le cas, aux articles 30 ou 31.

La période de durée minimale d'un appareil, laquelle court à compter de l'installation finale, est fixée :

1° pour une prothèse d'un membre inférieur, à 5 ans;

2° pour une prothèse d'un membre supérieur, à 6 ans;

3° pour la reconstitution prothétique d'un doigt ou d'une main partielle, à 1an;

4° pour un gant prothétique pour une prothèse d'un membre supérieur, à 6 mois;

5° pour une orthèse, à 2 ans;

6° pour une canne, une béquille ou un ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant, à 10 ans;

7° pour un cadre de marche, à 5 ans.

L'installation finale d'un appareil survient à la fin de la période requise pour les mises au point nécessaires pendant la fabrication, lorsque la personne assurée, une fois ces mises au point effectuées, reçoit finalement l'appareil.

10. Sont assurées, la mise au point et la réparation d'un appareil, d'un composant, d'un ajustement ou d'un complément assuré.

11. Malgré l'article 10, ne sont assurées, la mise au point et la réparation que d'un appareil qui n'a été utilisé qu'aux fins pour lesquelles il a été conçu et destiné et qui a été utilisé sans négligence.

De même, ne sont assurées que la mise au point et la réparation urgentes et nécessaires d'un appareil dont le remplacement est devenu nécessaire selon les dispositions du présent Titre, et ce, pour permettre un fonctionnement minimal de ce dernier jusqu'à ce que la personne assurée reçoive initialement son nouvel appareil.

AVIS: *Préciser les raisons pour lesquelles les réparations sont urgentes et nécessaires durant la période de fabrication du nouvel appareil.*

12. Malgré l'article 10, la mise au point et la réparation d'un appareil, d'un composant ou d'un ajustement ne sont assurées que lorsque l'évaluation momentanée du coût de l'ensemble ou de l'un de ces services n'excède pas 80 % du prix d'achat ou de remplacement antérieur de cet appareil, de ce composant ou de cet ajustement, selon le cas.

De plus, seuls ces services sont assurés dans un tel cas. Dans le cas contraire, n'est assuré que le remplacement de l'appareil conformément aux dispositions du présent Titre.

Toutefois, malgré le deuxième alinéa, n'est assuré le remplacement d'un appareil, d'un composant, d'un ajustement ou d'un complément que lorsqu'il n'a été utilisé qu'aux fins pour lesquelles il a été conçu et destiné.

N'est toutefois pas assuré, non plus, malgré le deuxième alinéa, pendant une période de 2 ans à compter du sinistre ou du bris irréparable, le remplacement d'un appareil, d'un composant, d'un ajustement ou d'un complément pour le seul motif qu'il a été utilisé avec négligence ou qu'il a été perdu, volé ou détruit. Cette période de 2 ans cesse dès que survient la fin de la période de durée minimale de l'appareil et il n'y a pas lieu de l'appliquer au-delà de la fin de cette période.

Si la personne assurée remplace, avant l'une de ces 2 échéances, à ses frais, l'appareil, le composant, l'ajustement ou le complément brisé ou sinistré, conformément aux dispositions du présent Titre, par un appareil, un composant, un ajustement ou un complément assuré, deviennent assurées la mise au point et la réparation du nouvel appareil, du nouveau composant, ajustement ou complément, sous réserve des dispositions pertinentes du présent Titre.

13. Tout appareil visé à l'énumération figurant à la Section II de la Partie II du Tarif et qui n'est plus utilisé par une personne assurée à la suite de son décès ou qui est remplacé en raison d'un changement survenu dans sa condition physique doit être retourné à un établissement qui a signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5).

De même, un ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant, doit être retourné à un tel établissement ou à un laboratoire lorsque la personne assurée ne l'utilise plus.

À cette fin, un tel établissement ou un laboratoire s'assure annuellement de l'utilisation d'un tel appareil ou d'un tel ambulateur par la personne assurée conformément aux dispositions du présent Titre.

Le mot « établissement » a le même sens que celui qui lui est attribué dans la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29), dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où elle vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, selon la ou les lois qui s'appliquent.

4.1.2 CHAPITRE II

Services, appareils ou autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée

14. Seul est assuré un appareil dont la fabrication tient compte de la déficiéncie physique et, s'il y a lieu, de la difformité auxquelles il est appelé à suppléer et, s'il y a également lieu, des activités et du milieu de vie de la personne assurée à qui il est fourni.

15. Seule est assurée une orthèse fournie à une personne assurée, sur ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre dont le contenu est conforme aux exigences énoncées à l'article 28, dans le cas où cette dernière doit en porter une quotidiennement au moins pour la durée suivante :

1° pour une orthèse d'un membre inférieur : 6 mois;

2° pour une orthèse d'un membre supérieur : 1 mois;

3° pour une orthèse du tronc : 3 mois.

Toutefois, une orthèse fournie à une personne assurée de moins de 19 ans demeure une orthèse assurée même si la nécessité de son port quotidien n'est pas constatée pour toute la durée pertinente énoncée au premier alinéa, si cette personne assurée doit porter l'orthèse pour corriger une déformation.

15.1 Seule est assurée une aide à la marche fournie à une personne assurée sur ordonnance écrite d'un médecin visé au Tarif dont le contenu est conforme aux exigences énoncées à l'article 28, dans le cas où cette dernière doit en utiliser une quotidiennement pendant au moins 12 mois.

De plus, malgré toute disposition contraire, une aide à la marche n'est assurée qu'à l'égard d'une personne assurée dont l'incapacité de marcher ne peut être compensée, dans le cas d'une canne à lui être fournie, par une autre canne apparaissant à une énumération figurant au Tarif, dans le cas d'une béquille à lui être fournie, par une canne ou par une autre béquille apparaissant à une énumération figurant au Tarif et, dans le cas d'un ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant ou d'un cadre de marche à lui être fourni par une canne, par une béquille, par un autre ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant ou par un autre cadre de marche apparaissant à une énumération figurant au Tarif.

16. Est assuré un seul appareil fourni par fonction spécifique d'un membre et un seul par fonction spécifique d'un segment de membre.

Toutefois, sous réserve de l'article 15, un appareil additionnel, un composant additionnel ou un complément additionnel dans le cas où ce dernier est également énuméré comme appareil est assuré s'il est démontré, au moyen d'une évaluation réalisée au moins par l'une des personnes visées, selon le cas, aux articles 30 ou 31, que l'utilisation de cet appareil, de ce composant ou de ce complément est requise pour la réalisation d'activités spécifiques essentiellement reliées à des études reconnues ou à des activités professionnelles.

Les études reconnues sont celles que poursuit un élève ou un étudiant inscrit à un programme qui mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation.

AVIS: *La demande pour l'obtention d'un deuxième appareil, d'un composant ou d'un complément additionnel requis pour fins d'études ou d'activités professionnelles doit préciser, en plus du nom de l'institution d'enseignement ou du nom de l'employeur ou de l'endroit où s'exerce l'activité professionnelle, les raisons pour lesquelles l'appareil que possède la personne assurée ne répond pas, à lui seul, aux exigences de ses études ou de ses activités professionnelles.*

Les attestations d'études ou d'activités professionnelles pertinentes doivent être consignées au dossier de la personne assurée.

Le remplacement d'un deuxième appareil, d'un composant ou d'un complément additionnel obtenu pour fins d'études ou d'activités professionnelles est soumis à l'application de la même procédure.

17. Sont assurés, à l'égard d'une même personne assurée, par membre muni d'une ou de plus d'une prothèse, 6 bas ou 6 bas et 6 gaines par période de 12 mois. Chaque bas ou chaque bas et gaine doit être, au sens de l'article 3, le complément d'une prothèse dont le membre est muni.

Sont également assurés, à l'égard d'une même personne assurée, par membre muni d'une prothèse ou de plus d'une prothèse, 3 manchons de suspension recouverts de nylon ou non recouverts de nylon, à l'intérieur, par période de 12 mois.

De même, sont assurés, à l'égard d'une même personne assurée, par membre muni d'une prothèse ou de plus d'une prothèse, 4 manchons de suspension en latex ou en élastique par période de 12 mois.

Chaque manchon de suspension doit être, au sens de l'article 3, le composant d'une prothèse dont le membre est muni.

AVIS: *La personne assurée peut se voir attribuer, par période de 12 mois, un maximum de 3 manchons de suspension recouverts ou non de nylon ou, si elle opte pour ces modèles, un maximum de 4 manchons de suspension en latex ou en élastique. La Régie acceptera une combinaison de 2 manchons recouverts ou non de nylon et d'un manchon en latex ou en élastique, ou encore, une combinaison d'un manchon recouvert ou non de nylon et de 2 manchons en latex ou en élastique, par période de 12 mois.*

4.1.3 CHAPITRE III**Coûts assumés par la Régie**

18. Le coût d'achat, de remplacement, de mise au point ou de réparation d'un appareil, ou de l'un ou d'un ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, que la Régie assume, est le prix fixé pour chaque appareil, pour chacun ou chaque ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, pour sa mise au point ou sa réparation, à leur énumération apparaissant au Tarif.

19. (Abrogé)

20. Lors de l'achat ou du remplacement d'un appareil assuré, lorsqu'il y a substitution d'un composant de base de l'appareil par un composant optionnel conformément à l'article 5, le coût de l'appareil que la Régie assume est déterminé en ajoutant au prix d'achat ou de remplacement de l'appareil, le prix fixé au Tarif pour le composant optionnel.

21. (Abrogé)

22. En ce qui a trait aux cannes et aux béquilles avec appui axillaire ajustables en hauteur, la Régie assume, par période de douze mois, le coût de remplacement d'au plus un (1) ensemble de pics à glace à 4 ou 5 aspérités et d'embouts de sécurité, et, s'il en est, d'au plus 2 paires de coussins axillaires et de recouvrements d'appui-main.

23. Ensemble de ses composants, déterminé comme assuré, est constitué par la mention « **C.S.** » au Tarif, le coût total que la Régie assume est déterminé de la façon suivante :

- + 1^o le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de fabrication au-delà de la durée normalement requise pour un appareil ou un composant, selon le cas, qui lui est similaire et qui est visé à une énumération apparaissant au Tarif;
- + 2^o le prix coûtant des matériaux requis, en plus de ceux normalement utilisés, selon le cas, pour un appareil ou pour un composant similaire visé à une énumération apparaissant au Tarif, est additionné au coût résultant de l'application du paragraphe 1.
- + La Régie n'assume pas le coût du remplacement d'un composant pour lequel apparaît, à l'énumération faite au Tarif, la mention « S/O » en lieu et place du prix de son remplacement.
- + De même, la Régie n'assume pas le coût d'un composant pour lequel apparaît, à l'énumération faite au Tarif, la mention « S/O » en lieu et place du prix de ce composant à l'achat ou au remplacement de l'appareil.

AVIS : *Pour facturer un appareil avec un composant ou un complément codé C.S., procéder de la façon suivante :*

- 1. Indiquer le numéro et le coût de l'appareil similaire listé, fourni comme appareil de base.**
- 2. Ajouter les coûts détaillés de la main-d'oeuvre requise au-delà de celle normalement requise pour l'appareil similaire.**
- 3. Ajouter le prix coûtant des composants ou des matériaux additionnels utilisés en plus de ceux normalement requis pour l'appareil similaire.**

Les points 2 et 3 sont regroupés sous le code de complément ou de composant C.S.

Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

24. Lorsque le coût d'une réparation, ou d'une mise au point assuré d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, demeure indéterminé parce qu'aucun prix n'est inscrit à l'énumération faite au Tarif, le coût total que la Régie assume est déterminé de la façon suivante :

+ 1° le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de réparation ou de mise au point, ou les deux s'il y a lieu;

+ 2° le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de temps requis à réaliser un ajustement;

3° le prix coûtant des matériaux est additionné au coût résultant de l'application des paragraphes 1 et 2.

AVIS: *Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.*

25. Lorsqu'avant l'installation finale, l'état physique de la personne assurée change de telle sorte que la phase de réadaptation doit être arrêtée ou que celle-ci décède, le coût total que la Régie assume pour un appareil assuré, fabriqué partiellement ou totalement, est déterminé de la façon suivante :

+ 1° le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de fabrication;

2° le prix coûtant des matériaux est additionné au coût résultant de l'application du paragraphe 1 et, de cette somme, est ensuite soustrait le prix coûtant des matériaux récupérables par l'établissement qui exploite le centre qui l'a fabriqué ou, si tel est le cas, par le laboratoire.

+ Les mots « centre » et « laboratoire » ont le même sens que celui qui, à chacun, est attribué dans la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29).

AVIS: *L'inscription de la mention « Décès de la personne assurée et date du décès » dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la demande de paiement constitue la « preuve » exigée en vertu du présent article.*

Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

+ **25.1** Lorsqu'un ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant est fourni à une personne assurée et qu'il a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement ou à un laboratoire conformément au deuxième alinéa de l'article 13, le coût total assumé par la Régie pour l'ensemble des services suivants est le prix fixé au Tarif.

1° la récupération de l'ambulateur et sa vérification technique quant à sa sécurité, son nettoyage et sa fourniture, après le retour, à une autre personne assurée.

2° les services d'administration et de gestion d'inventaire.

De plus, la Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un tel ambulateur que si aucun autre tel ambulateur, dont le coût a déjà été assumé par la Régie ou par l'Office des personnes handicapées du Québec, n'a été récupéré par l'établissement ou le laboratoire et n'est disponible pour être fourni à une personne assurée. À cette fin, sous réserve de l'article 12, l'établissement ou le laboratoire doit réparer ou faire réparer l'ambulateur dès qu'il a été récupéré afin de le rendre disponible pour être fourni à une personne assurée.

AVIS: Voir l'onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

4.1.4 CHAPITRE IV

Modalités d'attribution

26. La Régie assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil assuré lorsqu'une ordonnance médicale écrite établit à l'égard d'une personne assurée qu'il est requis, conformément à l'article 28, qu'on le lui fournisse.

L'ordonnance médicale écrite doit être celle de l'une des personnes suivantes :

- 1° d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie;
- 2° d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste en pédiatrie l'un et l'autre titulaires de privilèges spécifiques à cet effet dans un centre hospitalier ou dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice dont l'établissement qui l'exploite a signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5) ou qui a fait l'objet d'une désignation par l'agence approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à l'article 29.

Toutefois, l'ordonnance médicale écrite peut également être celle, dans le cas d'une prothèse des membres inférieurs, d'un médecin spécialiste en chirurgie générale exerçant dans un centre hospitalier et, dans le cas d'une orthèse des membres inférieurs ou d'une orthèse des membres supérieurs, celle d'un médecin spécialiste en chirurgie plastique.

Les expressions « centre hospitalier » et « centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice » ont le même sens que celui qui, à chacune, est attribué dans la *Loi sur l'assurance maladie*, dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où elle vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, selon la loi ou les lois qui s'appliquent.

27. Outre la condition énoncée à l'article 26, la Régie assume le coût d'achat ou du remplacement d'un appareil assuré :

1° dans le cas d'un appareil visé à une énumération figurant à la Partie I du Tarif, s'il est fourni à une personne assurée, au Québec, par un établissement dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice ou par un laboratoire, pourvu que l'établissement qui exploite ce centre hospitalier ou ce centre de réadaptation ou que ce laboratoire ait signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), ou s'il est fourni à une personne assurée, hors du Québec, par un établissement ou un laboratoire reconnu en vertu de l'article 13 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29);

2° dans le cas d'un appareil visé à une énumération figurant à la Partie II du Tarif, s'il est fourni à une personne assurée, au Québec, par un établissement dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice pourvu que l'établissement qui exploite ce centre hospitalier ou ce centre de réadaptation ait signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, ou s'il est fourni à une personne assurée, hors du Québec par un établissement reconnu en vertu de l'article 13 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Toutefois, malgré la condition énoncée au paragraphe 1 du premier alinéa, la Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil assuré visé à une énumération figurant à la Partie I du Tarif et dont le prix d'achat ou de remplacement est constitué par la mention « **C.S.** » à la description de l'appareil apparaissant à cette énumération, qu'à la condition qu'une personne d'un centre visé au paragraphe 2 du premier alinéa ou qu'une personne désignée par un tel centre n'atteste par écrit que l'appareil assuré sera fourni dans le cadre d'un processus déjà amorcé de réadaptation exécuté dans ce centre.

La Régie assume le coût de la mise au point ou de la réparation d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, ou le coût d'achat ou de remplacement de l'un ou d'un ensemble de composants, d'ajustements ou de compléments d'un appareil assuré aux conditions énoncées au premier alinéa, ou aux premier et deuxième alinéas, si tel est le cas.

AVIS: *L'évaluation du besoin particulier du client en matière de prothèse ou d'orthèse en considération spéciale (C.S.) doit être faite, au préalable, par une équipe multidisciplinaire d'un établissement de réadaptation autorisé. La composition de cette équipe est définie à l'article 34.1.*

L'attestation que l'appareil fabriqué sera fourni dans le cadre d'un processus déjà amorcé de réadaptation peut être contenue au rapport d'évaluation produit et signé par l'équipe multidisciplinaire. Le rapport doit alors en attester de façon spécifique.

28. Pour l'application de l'article 26, l'ordonnance médicale écrite doit au moins confirmer la déficience physique et l'incapacité de la personne assurée et elle doit de plus établir la nécessité d'un appareil.

De même, pour l'application de l'article 15, l'ordonnance médicale écrite doit de plus attester la déformation, s'il y a lieu, et la nécessité pour la personne assurée du port quotidien de l'orthèse prescrite pour une durée médicalement requise que doit énoncer cette ordonnance.

De même, pour l'application de l'article 15.1, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, attester la nécessité pour la personne assurée de l'utilisation quotidienne de l'aide à la marche pour une durée médicalement requise que doit énoncer cette ordonnance.

29. Dans les régions où aucun centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficiéncie motrice n'existe et où aucun tel centre et aucun centre hospitalier dont l'établissement qui l'exploite ne peut signer un accord autorisé par le gouvernement tel que celui visé à l'article 26, un établissement qui exploite un tel centre, dans lequel exerce un médecin omnipraticien habilité à attester des besoins des personnes ayant une déficiéncie motrice et détenant des privilèges spécifiques à cet effet ou un médecin spécialiste en pédiatrie répondant aux mêmes exigences, peut faire l'objet d'une désignation par l'agence approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'application des articles 347, 377 et des paragraphes 1 à 3 et 7 de l'article 431 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), et ce, aux fins de l'application du paragraphe 2 du deuxième alinéa de l'article 26.

30. La Régie assume également le coût d'achat, de remplacement, de mise au point ou de réparation d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, assuré et fourni au Québec à une personne assurée par un établissement dans le centre hospitalier ou le centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficiéncie physique que ce dernier exploite ou par un laboratoire, en application du paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 27, aux conditions additionnelles suivantes :

- 1° les spécifications techniques de l'appareil ont été précisées par écrit par une personne du centre parmi les suivantes : un prothésiste, un orthésiste ou un technicien en orthèses-prothèses, un ergothérapeute ou un physiothérapeute, ces 2 derniers désignés par ce centre; l'une de ces personnes doit avoir, à cette fin, rencontré la personne assurée;
- 2° s'il s'agit d'un laboratoire, les spécifications techniques de l'appareil ont été précisées par écrit par une personne du laboratoire parmi les suivantes : un prothésiste, un orthésiste ou un technicien en orthèses-prothèses; l'une de ces personnes doit avoir, à cette fin, rencontré la personne assurée.
- 3° en ce qui a trait à une aide à la marche, qu'elle soit fournie au Québec à une personne assurée par l'établissement ou par le laboratoire, l'évaluation globale des besoins de cette personne attestant par écrit la nécessité d'une aide spécifique a été effectuée par un physiothérapeute ou par un ergothérapeute d'un centre exploité par un établissement visé au quatrième alinéa dans lequel peut déjà être organisé et dispensé à la personne assurée un processus visant à sa réadaptation; de plus, ce physiothérapeute ou cet ergothérapeute a attesté que la personne assurée suit ou a suivi un tel processus et que, malgré ce processus, l'aide est nécessaire pour assurer sa démarche; un prothésiste, un orthésiste, un technicien en orthèses-prothèses du laboratoire qui a fourni au Québec l'aide à la marche ou, s'il s'agit d'un établissement, l'une de ces personnes, un ergothérapeute ou un physiothérapeute doit avoir, afin de fournir cette aide, rencontré la personne assurée.

Un technicien en orthèses-prothèses est la personne qui détient un diplôme d'études collégiales en techniques d'orthèses et de prothèses (1984) ou en techniques d'orthèses et de prothèses orthopédiques (1993).

Un orthésiste ou un prothésiste est la personne qui détient un diplôme d'orthésiste ou de prothésiste d'une institution d'enseignement reconnue par le ministre de l'Éducation et décerné avant le 1^{er} juillet 1982 ou qui s'est vu octroyer un permis de laboratoire en orthèses orthopédiques ou en prothèses orthopédiques en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q., c. P-35).

Malgré l'article 13, aux fins de l'application du paragraphe 3 du premier alinéa, l'établissement visé au présent alinéa est un établissement public au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) ou est un établissement privé à la fois visé par l'article 99 et par l'article 475 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou à la fois visé par les articles 12 et 177 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.

31. La Régie assume également le coût d'achat, de remplacement, de mise au point ou de réparation d'un appareil, ou de l'un ou d'un ensemble de ses composants, ajustements ou compléments, assuré et fourni au Québec à une personne assurée par un établissement dans le centre hospitalier ou le centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique que ce dernier exploite, en application du paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 27, aux conditions additionnelles suivantes : les spécifications techniques de l'appareil ont été précisées par écrit par une personne du centre parmi les suivantes : un prothésiste, un orthésiste ou un technicien en orthèses-prothèses, un ergothérapeute ou un physiothérapeute, ces 2 derniers désignés par ce centre; cette personne doit avoir, à cette fin, rencontré la personne assurée.

32. La Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil, ou de l'un ou d'un ensemble de ses composants, visé à l'article 23 qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1^o la durée de la fabrication additionnelle exigée selon l'article 23;

2^o la liste des matériaux additionnels utilisés selon l'article 23 ainsi que leur prix coûtant.

AVIS : *Pour facturer un appareil avec un composant ou un complément codé C.S., procéder de la façon suivante :*

- 1. Indiquer le numéro et le coût de l'appareil similaire listé, fourni comme appareil de base.***
- 2. Ajouter les coûts détaillés de la main-d'oeuvre requise au-delà de celle normalement requise pour l'appareil similaire.***
- 3. Ajouter le prix coûtant des composants ou des matériaux additionnels utilisés en plus de ceux normalement requis pour l'appareil similaire.***

Les points 2 et 3 sont regroupés sous le code de complément ou de composant C.S.

Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

33. La Régie n'assume le coût des réparations ou des mises au point visées à l'article 24, lorsque ce coût dépasse 80 \$, qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1° la durée de la réparation, de la mise au point ou du remplacement d'un ou d'un ensemble de composants, ajustements ou compléments;

2° la liste des matériaux utilisés ainsi que leur prix coûtant.

34. La Régie n'assume le coût d'un appareil visé à l'article 25 qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1° une ordonnance d'un médecin visé au présent Titre laquelle atteste le changement de l'état physique de la personne assurée;

2° la durée de la fabrication, la liste des matériaux utilisés ainsi que leur prix coûtant.

34.1 La Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil visé au deuxième alinéa de l'article 27 qu'à la condition que lui soit transmise l'attestation écrite qui y est prévue, produite collectivement et signée par chacun des membres d'une équipe multidisciplinaire de réadaptation qui regroupe au moins les personnes suivantes : un physiothérapeute ou un ergothérapeute, l'un et l'autre désignés par le centre visé au deuxième alinéa de l'article 27, un orthésiste, un prothésiste ou un technicien en orthèses-prothèses d'un tel centre et le médecin désigné par un tel centre pour oeuvrer au sein de cette équipe.

Lors du remplacement d'un tel appareil, alors qu'aucun changement n'est survenu dans la condition physique de la personne assurée, l'attestation peut établir que l'appareil assuré n'est pas fourni dans le cadre d'un processus de réadaptation puisque ce processus ne serait pas utile.

35. Est déterminé comme assuré aux fins du cinquième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29), un service, un appareil ou un autre équipement visé au présent Titre fourni à une personne assurée au sens de cette Loi dans les cas, aux conditions et dans les circonstances que le présent Titre énonce.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, instituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), assume le coût d'un tel service de même que le coût d'achat, du remplacement, de l'ajustement ou de la réparation d'un tel appareil ou de tel autre équipement.

35.1 Pour l'application du présent Titre, le mot « Tarif » désigne le *Tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés*, pris par la Régie en vertu de l'article 72.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29)

4.2 TITRE DEUXIÈME AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE

4.2.1 CHAPITRE 1

Services, appareils et autres équipements assurés

36. Constitue un appareil, pour l'application du présent Titre, une aide à la locomotion et à la posture.

Il y a 2 types d'aides à la locomotion et à la posture : l'aide à la locomotion et l'aide à la posture. Le premier type comprend les fauteuils roulants, les bases de positionnement ainsi que les poussettes et orthomobiles. Le second type comprend les aides à la posture de membres supérieurs et les aides techniques à la posture.

37. Un appareil a des composants, qui sont autant de ses parties constituantes. Il peut aussi avoir un complément qui consiste en un accessoire à la fois nécessaire à l'amélioration de la fonction de l'appareil et requis pour un usage permanent.

38. Un appareil est assuré :

+ 1° s'il est visé à l'une ou l'autre énumération figurant au Tarif;

+ 2° s'il est fabriqué de tous les composants de base qui apparaissent à l'énumération des « Composant(s) de base » qui se rapporte à la description qui peut être faite de l'appareil au Tarif.

+ Toutefois, un appareil qui ne rencontre pas les exigences énoncées aux paragraphes 1 ou 2 du premier alinéa peut constituer un appareil assuré à l'égard d'une personne assurée s'il est démontré, au moyen d'une évaluation réalisée par les personnes visées à l'article 72, qu'en raison d'une incapacité particulière, cette dernière ne peut utiliser aucun appareil apparaissant à une énumération figurant au Tarif et qui rencontre les exigences du paragraphe 2 du premier alinéa.

+ Il en est de même pour le composant d'un appareil à l'égard d'une personne assurée lorsqu'il est démontré, au moyen d'une telle évaluation, qu'en raison d'une incapacité particulière, cette dernière ne peut se voir utilement attribuer un composant apparaissant à une énumération figurant au Tarif et qui rencontre les exigences du paragraphe 2 du premier alinéa ou ne peut se voir utilement attribuer l'appareil sans ce composant.

AVIS : *Joindre le certificat médical approprié.
Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.*

39. Malgré le paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 38, un composant optionnel peut être substitué à un composant de base lorsque le premier apparaît à une énumération de « Composant(s) de base ou optionnel(s) » figurant à la description de l'appareil ou à une énumération exclusive de composants faite au Tarif.

40. Le complément d'un appareil n'est assuré que s'il apparaît à une énumération de « Complément(s) disponible(s) », qui figure à la description de l'appareil ou à une énumération exclusive de compléments faite au Tarif.

41. Pour être assuré, un appareil, un composant ou un complément doit être fabriqué avec des matériaux de qualité adéquate et de nature telle que son coût ne peut dépasser le prix fixé pour cet appareil, ce composant ou ce complément au Tarif. Il doit de plus revêtir un caractère esthétique et sécuritaire.

42. Est assuré le remplacement d'un appareil assuré dans les cas suivants :

1° à l'expiration de sa période de durée minimale, si l'appareil ne peut plus fonctionner dans des conditions d'utilisation normale;

2° pendant sa période de durée minimale, lorsque l'ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre indique la nécessité d'un tel remplacement par une attestation du changement de l'état physique de la personne assurée ou lorsque la croissance d'une personne assurée de moins de 19 ans est précisée dans les spécifications techniques d'un ergothérapeute ou d'un physiothérapeute visé à l'article 72 et que l'une de ces dernières personnes, dans ce dernier cas, atteste, de plus, que l'appareil ne peut s'ajuster à la croissance de la personne assurée.

3° (*Abrogé*).

La période de durée minimale d'une aide à la locomotion, laquelle court à compter de l'installation finale, est de 5 ans.

L'installation finale d'un appareil survient à la fin de la période requise pour les ajustements nécessaires pendant la fabrication, lorsque la personne assurée, une fois ces ajustements effectués, reçoit finalement l'appareil.

43. Sont assurés, le service d'ajustement, le service d'adaptation et le service de réparation d'un appareil, d'un composant ou d'un complément assuré.

Toutefois, un service d'ajustement ou un service de réparation d'un fauteuil roulant ou d'un composant visé à l'article 38 ne constitue un service assuré qu'à l'égard d'une personne assurée qui est visée, selon le cas, à l'article 51 ou à l'article 53.

De même, le service d'adaptation d'un appareil ne constitue un service assuré que s'il est réalisé dans le but d'installer un ventilateur ou un concentrateur d'oxygène, que lorsque l'appareil est un fauteuil roulant à propulsion motorisée et que ce service n'est fourni qu'à une personne assurée qui est visée à l'article 53 à la suite d'une ordonnance médicale écrite établissant la nécessité de ce service.

+ De plus, le service d'ajustement et le service de réparation d'un appareil, d'un composant ou d'un complément qui n'apparaît plus à une énumération figurant au Tarif mais dont la Régie a déjà assumé le coût d'achat ou de remplacement sont également assurés mais seulement à l'égard d'une personne assurée encore visée, selon le cas, à l'article 51 ou à l'article 53, au moment où le service d'ajustement ou de réparation est fourni.

+ Enfin, le service d'ajustement et le service de réparation d'un triporteur ou d'un quadriporteur, de l'un de ses composants ou compléments, qui a déjà été fourni à toute personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) par l'Office des personnes handicapées du Québec le 12 novembre 1998 et dont l'Office précité a assumé le coût sont des services assurés.

AVIS: Joindre un certificat médical confirmant l'admissibilité de la personne assurée aux articles 51 ou 53.

Voir l'onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

44. Malgré l'article 43, ne sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation que d'un appareil qui n'a été utilisé qu'aux fins pour lesquelles il a été conçu et destiné et qui a été utilisé sans négligence.

De même, ne sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation urgents et nécessaires que d'un appareil dont la Régie a autorisé le remplacement, et ce, pour permettre un fonctionnement minimal de ce dernier jusqu'à ce que la personne assurée reçoive initialement son nouvel appareil.

AVIS: Préciser les raisons pour lesquelles les réparations sont urgentes et nécessaires durant la période de fabrication du nouvel appareil.

45. Malgré l'article 43, ne sont assurés que les services de réparation et d'ajustement d'un appareil ou d'un composant ainsi que le remplacement de ce dernier dont l'évaluation du coût à un moment donné de l'ensemble ou de l'un de ces services n'excède pas 80 % du prix d'achat ou de remplacement antérieur de cet appareil.

Dans le cas contraire, n'est assuré que le remplacement de l'appareil conformément aux dispositions du présent Titre.

46. (Abrogé).

47. Malgré le deuxième alinéa de l'article 45, n'est toutefois assuré le remplacement d'un appareil ou d'un composant, de même, n'est assuré le remplacement d'un complément que lorsqu'il n'a été utilisé qu'aux fins pour lesquelles il a été conçu et destiné.

N'est toutefois pas assuré, non plus, pendant une période de 2 ans à compter du sinistre ou du bris irréparable, et ce, malgré le deuxième alinéa de l'article 45, le remplacement d'un appareil, d'un composant ou d'un complément pour le seul motif qu'il a été utilisé avec négligence ou qu'il a été perdu, volé ou détruit.

Cette période de 2 ans cesse dès que survient la fin de la période de durée minimale de l'appareil et il n'y a pas lieu de l'appliquer au-delà de la fin de cette période.

Si la personne assurée remplace, avant l'une de ces 2 échéances, à ses frais, l'appareil, le composant ou le complément brisé ou sinistré, conformément aux dispositions du présent Titre, par un appareil, un composant ou un complément assuré, deviennent assurés l'ajustement et la réparation du nouvel appareil, du nouveau composant ou complément, sous réserve des dispositions pertinentes du présent Titre.

48. (Abrogé).

4.2.2 CHAPITRE II

Services, appareils et autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée

49. Malgré l'article 38, seul est assuré un appareil qui tient compte de la déficiéncie physique et, s'il y a lieu, de la difformité auxquelles il est appelé à suppléer et, s'il y a également lieu, des activités et du milieu de vie de la personne assurée à qui il est fourni.

50. Est assuré un seul appareil à l'égard d'une même personne assurée; de même, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce seul appareil.

Malgré le premier alinéa, sujet à l'autorisation préalable de la Régie, une aide à la locomotion et à la posture additionnelle autre qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, avec ses composants et compléments, ou un composant additionnel d'un tel appareil est assuré lorsque l'appareil est requis pour des activités spécifiques essentiellement reliées à des fins d'études reconnues ou à des activités professionnelles.

Les études reconnues sont celles que poursuit un élève ou un étudiant inscrit à un programme qui mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation.

Le service d'ajustement et le service de réparation de cet appareil additionnel, de ses composants ou compléments, ou de ce composant additionnel sont également assurés.

Sous réserve du deuxième alinéa, est aussi assuré à l'égard d'une même personne assurée, l'un seulement des appareils suivants : un fauteuil roulant ou une poussette apparaissant à une énumération figurant au présent Titre.

AVIS: *La demande d'autorisation préalable à l'obtention d'un deuxième appareil, d'un composant ou d'un complément additionnel requis pour fins d'études ou d'activités professionnelles doit préciser, en plus du nom de l'institution d'enseignement ou du nom de l'employeur ou de l'endroit où s'exerce l'activité professionnelle, les raisons pour lesquelles l'appareil que possède la personne assurée ne répond pas, à lui seul, aux exigences de ses études ou de ses activités professionnelles.*

Les attestations d'études ou d'activités professionnelles pertinentes doivent être consignées au dossier de la personne assurée.

Le remplacement d'un deuxième appareil, d'un composant ou d'un complément additionnel obtenu pour fins d'études ou d'activités professionnelles est soumis à l'application de la même procédure.

Utiliser le formulaire Programme d'appareils suppléant à une déficiéncie physique n° 4187 (voir onglet 5., point 5.4.1.3).

51. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

1° à une personne assurée hémiparalysée avec trouble de position ou d'équilibre;

2° à une personne assurée parapalysée;

3° à une personne assurée quadriparalysée dont la lésion se situe à un niveau autre que les niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;

- 4° à une personne assurée qui a subi une amputation fémorale bilatérale, coxofémorale bilatérale ou une hémipelvectomie bilatérale;
- 5° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des membres inférieurs dans les cas de troubles spastiques, d'ataxie ou d'athétose;
- 6° à une personne assurée atteinte de troubles fonctionnels qui empêchent de façon permanente l'utilisation de ses membres inférieurs;
- 7° à une personne assurée qui présente une déficience dégénérative du système musculo-squelettique, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 53 et qui a besoin d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger pour conserver ses capacités résiduelles, lesquelles toutefois le rendent encore capables d'utiliser un tel fauteuil de façon autonome.

À l'égard de la personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger qui, l'un ou l'autre, a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Toutefois, à l'égard de cette même personne assurée à qui appartient déjà un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger dont la Régie a déjà assumé le coût d'achat ou de remplacement, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré que ce fauteuil roulant sans qu'il ne fasse l'objet d'un retour à un établissement.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls fauteuils roulants, de leurs composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

Par ailleurs, à l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa qui accepte que la Régie prenne en charge le fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à propulsion manuelle de modèle léger qui lui appartient le 12 novembre 1998 mais dont la Régie n'a pas assumé le coût d'achat ou de remplacement, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce fauteuil roulant, de ses composants ou compléments.

La Régie n'accepte de prendre en charge qu'un fauteuil roulant qui est similaire à un fauteuil roulant apparaissant à une énumération figurant à la sous-section I ou à la sous-section II de la Section I de la Partie I du Tarif, qui est conforme aux exigences mentionnées à l'article 41 et qui rencontre les exigences du premier alinéa de l'article 45.

**AVIS : Joindre le certificat médical approprié.
Voir Chapitre IV, Titre Deuxième, Modalité d'attribution.**

52. Malgré les articles 38 et 51, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est pas assuré s'il est fourni à une personne assurée hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou, si tel est le cas, dans un centre hospitalier de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où cette dernière loi vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Toutefois, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, son composant ou son complément, est assuré, même s'il est fourni à une telle personne assurée, s'il est démontré, au moyen d'une évaluation réalisée par les personnes visées à l'article 72, qu'aucun fauteuil roulant faisant partie de l'inventaire de tel établissement privé conventionné, de l'établissement public qui exploite un tel centre d'hébergement ou de tel centre hospitalier, selon le cas, ne peut être utilisé de façon autonome par la personne assurée en raison d'une incapacité particulière et que seule l'utilisation de façon autonome d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lui permettra de maintenir ou de développer sa capacité de se déplacer.

L'expression « établissement public » a le même sens que celui que lui attribue la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2). L'« établissement privé conventionné » est celui que vise l'article 477 de cette même loi.

53. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion motorisée, ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

1° à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe aux niveaux C3- C4, C4-C5 ou C5-C6;

2° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des 2 membres supérieurs et d'au moins un membre inférieur;

3° à une personne assurée qui présente, depuis plus de 6 mois, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire ou cardiorespiratoire associée à une déficience physique au sens du présent Titre, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 51, qui est encore capable d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée et pour qui ce fauteuil est requis parce qu'elle est rendue incapable, en raison de cette insuffisance et de cette déficience, d'actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, et ce, malgré un traitement médical optimal.

À l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée qui a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, de ses composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

Par ailleurs, à l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa qui accepte que la Régie prenne en charge le fauteuil roulant à propulsion motorisée qui lui appartient le 12 novembre 1998 mais dont la Régie n'a pas assumé le coût d'achat ou de remplacement, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce fauteuil roulant, de ses composants ou compléments.

La Régie n'accepte de prendre en charge qu'un fauteuil roulant qui est similaire à un fauteuil roulant apparaissant à une énumération figurant à la sous-section III de la Section I de la Partie I du Tarif, qui est conforme aux exigences mentionnées à l'article 41 et qui rencontre les exigences du premier alinéa de l'article 45.

Aux fins de l'application du paragraphe 3 du premier alinéa, une insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire est celle du groupe B de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec et dont la mesure est réalisée lorsque la personne assurée est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de 6 mois.

De même, aux fins de l'application du paragraphe 3 du premier alinéa, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire est celle de la classe III de la classification fonctionnelle du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York Heart Association et dont la mesure est réalisée lorsque la personne assurée est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de 6 mois.

AVIS : *Joindre le certificat médical approprié.
Voir Chapitre IV, Titre Deuxième, Modalité d'attribution.*

54. Malgré l'article 38, une poussette du type « Buggy Major », ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que si l'appareil est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée ayant une incapacité permanente et sévère, âgée de moins de 3 ans mais d'au moins 1 an qui requiert une aide technique à la posture personnalisée;
- 2° à une personne assurée âgée de 3 ans et plus mais dont le poids ne dépasse pas 63 kg.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation d'une poussette du type « Buggy Major », de ses composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

AVIS : *Si vous réclamez en vertu de l'article 54 (1er paragraphe), préciser le handicap physique dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Si vous réclamez en vertu de l'article 54 (2^e paragraphe), inscrire le poids de la personne assurée dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

55. Malgré l'article 38, un appareil apparaissant à une énumération figurant à la Section II ou à la Section III de la Partie I du Tarif, ou l'un de ses composants ou compléments, n'est assuré que si l'appareil est fourni à une personne assurée qui requiert une aide technique à la posture personnalisée.

Ne sont assurés que le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls appareils, de leurs composants ou compléments, fournis dans le même cas.

56. Malgré l'article 38, n'est assurée l'aide à la posture apparaissant à une énumération figurant au Tarif que lorsqu'elle est fournie à une personne assurée visée à l'article 51 ou 53, et à qui appartient un fauteuil roulant assuré ou à qui est fourni un fauteuil roulant non assuré par un établissement visé à l'article 52 dans lequel elle est hébergée.

Le premier alinéa ne s'applique pas quant à la possession du fauteuil roulant, dans le cas d'une aide technique à la posture personnalisée, dans la situation visée au premier alinéa de l'article 55.

57. Une aide à la locomotion fournie à une personne assurée n'est assurée que si cette dernière a retourné à un établissement toute aide à la locomotion qu'elle a, le cas échéant, en sa possession et dont la Régie a déjà assumé le coût, sauf dans le cas où cette dernière deviendrait l'appareil additionnel accordé en application du deuxième alinéa de l'article 50 ou du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 51.

De même, un appareil qui n'est plus utilisé par une personne assurée à la suite de son décès ou d'un changement survenu dans sa condition physique doit être retourné à un établissement qui a signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Le mot « établissement » a le même sens que celui qui lui est attribué dans la *Loi sur l'assurance maladie*, dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où elle vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, selon la ou les lois qui s'appliquent.

4.2.3 CHAPITRE III

Coûts assumés par la Régie

58. Le coût d'achat, de remplacement, d'ajustement ou de réparation d'un appareil, ou de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, que la Régie assume, est le prix fixé pour chaque appareil, pour chacun ou chaque ensemble de ses composants ou compléments, pour son ajustement ou sa réparation, à leur énumération apparaissant au Tarif.

59. *(Abrogé).*

60. Lors de l'achat ou du remplacement d'un appareil assuré, lorsqu'il y a substitution d'un composant de base de l'appareil par un autre conformément à l'article 39, le coût de l'appareil que la Régie assume est déterminé de la façon suivante : est soustrait du prix d'achat ou de remplacement de l'appareil, le prix fixé au Tarif du composant de base substitué, et, à la différence, est ensuite additionné le prix fixé au Tarif du composant optionnel.

61. *(Abrogé).*

62. Lorsque le prix d'achat ou de remplacement d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, déterminé comme assuré, est constitué par la mention « C.S. », le coût total que la Régie assume en est déterminé de la façon suivante :

+ 1^o le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de fabrication;

2^o le prix coûtant des matériaux est additionné au coût résultant de l'application du paragraphe 1.

AVIS : *Fournir la description complète de l'appareil.
Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.*

63. Lorsque le coût d'une réparation, d'une adaptation ou d'un ajustement assuré d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, demeure indéterminé parce qu'aucun prix n'est inscrit à l'énumération qui s'y rapporte, le coût total que la Régie assume est déterminé de la façon suivante :

+ 1^o le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de réparation ou d'ajustement, ou les deux s'il y a lieu, en tenant compte, jusqu'à concurrence de quatre quarts d'heure, du temps de déplacement consacré exclusivement à se rendre sur les lieux, dans les circonstances énoncées au deuxième alinéa;

+ 2° le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de remplacement d'un ou d'un ensemble de composants ou compléments, s'il y a lieu;

+ 3° le prix coûtant des matériaux est additionné au coût résultant de l'application du paragraphe 1 et, s'il y a lieu, du paragraphe 2.

Il est tenu compte du temps de déplacement pour se rendre sur les lieux lorsque le fauteuil roulant assuré est en panne en raison d'une défectuosité ou d'un problème dans le système de propulsion électrique ou mécanique et qu'il requiert des travaux de réparation ou d'ajustement qui ne visent que sa remise en marche.

AVIS : Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

64. Lorsque, avant l'installation finale, l'état physique de la personne assurée change de telle sorte que la phase de réadaptation doit être arrêtée ou que celle-ci décède, le coût total que la Régie assume d'une aide à la posture fabriquée partiellement ou totalement, en est déterminé de la façon suivante :

+ 1° le taux fixé au Tarif, par quart d'heure, ou fraction de quart d'heure, de durée de fabrication;

+ 2° le prix coûtant des matériaux est additionné au coût résultant de l'application du paragraphe 1, et, de cette somme, est ensuite soustrait le prix coûtant des matériaux récupérables par l'établissement qui exploite un centre.

AVIS : L'inscription de la mention « Décès de la personne assurée et date du décès » dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la demande de paiement constitue la « preuve » exigée en vertu du présent article.

Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

65. Lorsqu'avant la réception finale d'un fauteuil roulant ou d'une poussette, la personne assurée décède, le coût total que la Régie assume de cet appareil, est le suivant :

+ 1° un montant forfaitaire fixé au Tarif, pour un fauteuil roulant à propulsion motorisée;

+ 2° un montant forfaitaire fixé au Tarif, pour un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger;

+ 3° un montant forfaitaire fixé au Tarif, pour une poussette.

AVIS : L'inscription de la mention « Décès de la personne assurée et date du décès » dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de la demande de paiement constitue la « preuve » exigée en vertu du présent article.

Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

+ **66.** Lors de l'achat ou du remplacement d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée assuré, le coût total assumé par la Régie pour l'ensemble des services suivants est le prix fixé au Tarif :

1° le coût des services requis pour la prise de mesures, le montage et l'ajustement du fauteuil, de même que pour l'entraînement de la personne assurée;

+ 2° les services d'administration et de gestion d'inventaire.

+ Lors de l'achat ou du remplacement d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger assuré, le coût total assumé par la Régie pour l'ensemble de ces mêmes services est le prix fixé au Tarif.

+ Lorsqu'un fauteuil roulant, déjà retourné à un établissement conformément à l'article 57, est fourni de nouveau à une personne assurée, le coût total que la Régie assume pour l'ensemble de ces mêmes services est le prix fixé au Tarif, selon qu'il s'agit d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée ou d'un fauteuil roulant autre qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée.

+ Lorsqu'un appareil doit être ajusté à la croissance d'une personne assurée de moins de 19 ans, le coût total que la Régie assume pour l'ensemble des services mentionnés au premier alinéa est un montant forfaitaire fixé au Tarif.

AVIS: Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

+ **67.** Lors de l'achat ou du remplacement d'une poussette du type « Buggy Major » assurée, le coût total assumé par la Régie pour l'ensemble des services suivants est le prix fixé au Tarif :

1° les services requis pour la prise des mesures et l'ajustement de la poussette;

2° les services d'administration et de gestion d'inventaire.

AVIS: Voir onglet 7., point 7.2.1 pour les codes à utiliser.

4.2.4 CHAPITRE IV

Modalités d'attribution

68. La Régie assume le coût d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, déterminé comme assuré, lorsqu'une ordonnance médicale écrite établit à l'égard d'une personne assurée qu'il est requis, conformément à l'article 70, qu'on lui fournisse cet appareil, son composant ou complément, ou ce service.

L'ordonnance médicale écrite doit être celle de l'une des personnes suivantes :

1° d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiatrie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie;

2° d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste en pédiatrie l'un et l'autre titulaires de privilèges spécifiques à cet effet dans un centre hospitalier ou dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice dont l'établissement qui l'exploite a signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5) ou qui a fait l'objet d'une désignation par l'agence de développement de réseaux locaux approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à l'article 71.

3° d'un médecin spécialiste en cardiologie ou en pneumologie, à l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 53.

Toutefois, une ordonnance n'est pas requise lorsque l'état physique de la personne assurée n'a pas changé et qu'il s'agit d'effectuer un ajustement, un ajustement préventif ou une réparation qui vise à prolonger l'utilisation d'un appareil ou qu'il s'agit de remplacer l'appareil conformément à l'ordonnance médicale originale.

Les expressions « centre hospitalier » et « centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice » ont le même sens que celui qui, à chacune, est attribué dans la *Loi sur l'assurance maladie*, dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) ou dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où elle vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, selon la loi ou les lois qui s'appliquent.

69. Outre la condition énoncée à l'article 68, la Régie assume le coût d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, déterminé comme assuré, lorsque l'appareil, son composant ou complément, ou le service est fourni à une personne assurée, au Québec par un établissement dans un centre hospitalier ou un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice pourvu que l'établissement qui exploite ce centre hospitalier ou ce centre de réadaptation ait signé avec la Régie un accord autorisé par le gouvernement en vertu de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, ou s'il est fourni à une personne assurée, hors du Québec, par un établissement reconnu en vertu de l'article 13 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

70. Pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 68, l'ordonnance médicale écrite doit au moins confirmer la déficience physique et l'incapacité de la personne assurée et doit de plus établir la nécessité d'un appareil.

De même, pour l'application du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 51, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, confirmer la déficience dégénérative du système musculo-squelettique, la suffisance des capacités résiduelles de la personne assurée pour qu'elle soit encore capable d'utiliser de façon autonome le fauteuil roulant à propulsion manuelle que l'on envisage de lui attribuer ainsi que la nécessité d'un tel fauteuil pour conserver ces capacités résiduelles.

Pour l'application du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 53, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, confirmer l'insuffisance sévère, telle que définie au cinquième ou au sixième alinéa de l'article 53 et dont la mesure est réalisée dans les circonstances qui y sont prévues, le fait qu'elle est aussi associée à une déficiéce physique au sens du présent Titre, la capacité de la personne assurée d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée de façon autonome ainsi que son incapacité à actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger en raison de l'association de l'insuffisance confirmée et de la déficiéce physique, et ce, malgré un traitement médical optimal.

71. Dans les régions où aucun centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficiéce motrice n'existe et où aucun tel centre et aucun centre hospitalier dont l'établissement qui l'exploite ne peut signer un accord autorisé par le gouvernement tel que celui visé à l'article 68, un établissement qui exploite un tel centre, dans lequel exerce un médecin omnipraticien ou spécialiste en pédiatrie l'un et l'autre habilités à attester des besoins des personnes ayant une déficiéce motrice et y détenant des privilèges spécifiques à cet effet, peut faire l'objet d'une désignation par l'agence approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'application des articles 347, 377 et des paragraphes 1 à 3 et 7 de l'article 431 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), et ce, aux fins de l'application du paragraphe 2 du deuxième alinéa de l'article 68.

72. La Régie assume également le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil et le coût d'ajustement et de réparation d'un appareil autre qu'un fauteuil roulant, de l'un ou d'un ensemble de leurs composants ou compléments, assuré et fourni au Québec à une personne assurée par un établissement dans le centre hospitalier ou le centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficiéce physique que ce dernier exploite, en application de l'article 69 à la condition suivante : l'identification des besoins fonctionnels et des incapacités à compenser de la personne assurée a été effectuée par écrit par un médecin visé au deuxième alinéa de l'article 68 ou à l'article 71 et par un ergothérapeute ou un physiothérapeute du centre, ces deux derniers désignés par ce centre. Le médecin de même que l'ergothérapeute ou le physiothérapeute doivent, à cette fin, avoir rencontré la personne assurée.

73. La Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil visé à l'article 62 qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1° la durée de fabrication de l'appareil;

2° la liste des matériaux utilisés ainsi que leur prix coûtant.

74. La Régie n'assume le coût des réparations ou des ajustements visés à l'article 63, lorsque ce coût dépasse 80 \$, qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1° la durée de réparation, d'ajustement ou de remplacement d'un ou d'un ensemble de composants ou compléments;

2° la liste des matériaux utilisés ainsi que leur prix coûtant.

75. La Régie n'assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil, dans les cas visés à l'article 64, qu'à la condition que lui soient transmis par écrit les éléments suivants :

1° une ordonnance écrite d'un médecin visé au deuxième alinéa de l'article 68 laquelle atteste le changement de l'état physique de la personne assurée;

2° la durée de fabrication, la liste des matériaux utilisés ainsi que leur prix coûtant.

76. La Régie n'assume le coût d'achat d'un appareil, d'un composant ou d'un complément dont le nom est suivi d'un astérisque à l'énumération apparaissant au Tarif qu'à la condition qu'elle ait donné son autorisation préalable à l'établissement qui en a fait la demande.

AVIS: *Utiliser le formulaire Programme d'appareils suppléant à une déficience physique n° 4187 (voir onglet 5., point 5.4.1.3).*

76.1 Sous réserve du dernier alinéa de l'article 43, ne demeurent assurés la réparation, l'ajustement d'un appareil et le remplacement d'un appareil par un appareil assuré qui appartient à la personne assurée le 12 novembre 1998, que si toutes les dispositions des présents Titres, à compter de cette date, trouvent respectivement leur application.

77. Omis.

78. Omis.