

Demande d'autorisation en plastie

Avant de remplir le formulaire, consultez les instructions. Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment remplies et que celui-ci est signé avant de le retourner.

1. Personne assurée			
Nom	Prénom	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance <small>ANNÉE MOIS JOUR</small>

2. Dispensateur			
Nom	Prénom	Spécialité	Numéro du professionnel
Adresse Numéro	Rue	Ville	Bureau
Province	Code postal	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

3. Interventions visées par la demande	
<p>Si la demande doit être évaluée rapidement, indiquez la raison de l'urgence :</p> <input type="checkbox"/> Proximité des interventions. Date <small>ANNÉE MOIS JOUR</small> 	<p>i Assurez-vous que les photos couleurs illustrent adéquatement le problème à traiter.</p>
<input type="checkbox"/> Autres raisons. Précisez : _____	

Type de demande	
<input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Renseignements supplémentaires	<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>
Si vous avez coché « Prolongation » ou « Modification », inscrivez : La date de l'autorisation initiale 	<small>ANNÉE MOIS JOUR</small>
Les numéros de l'autorisation initiale : _____	

Lipectomies
<input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Cuisses <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____

Correction de cicatrices
Sites : _____
Nombre de cicatrices : _____
Nombre de traitements prévus par cicatrice :
Cicatrice 1 : _____ Cicatrice 2 : _____ Cicatrice 3 : _____ Cicatrice 4 : _____
<input type="checkbox"/> Traitement chirurgical <input type="checkbox"/> Traitement par laser

Chirurgies des seins		
<input type="checkbox"/> Changement de prothèse mammaire	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Mise en place sous-cutanée d'une prothèse gonflable de distension cutanée	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Mastopexie	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Reconstruction chirurgicale du mamelon	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Reconstruction du mamelon par tatouage	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire avec prothèse	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire avec lambeau	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Réduction mammaire	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du dispensateur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

3. Interventions visées par la demande (suite)

Correction d'asymétrie mammaire

< 150g ≥ 150g, précisez : _____

Cure de gynécomastie (Vous pouvez joindre les rapports de mammographie et/ou d'échographie.)

Mastectomie simple pour gynécomastie Droite Gauche

Chirurgie des paupières (Vous pouvez joindre les champs visuels périphériques interprétés.)

Excision du surplus cutané des paupières supérieures

Autres interventions

<input type="checkbox"/> Excision de paquets variqueux aux membres inférieurs (Aucune photo requise. Fournir uniquement le rapport de consultation.)	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour)	Nombre d'injections de graisse prévues par site : Site 1 : _____ Site 2 : _____ Site 3 : _____ Site 4 : _____	Nombre de séances prévues par site : Site 1 : _____ Site 2 : _____ Site 3 : _____ Site 4 : _____
<input type="checkbox"/> Insertion d'une prothèse d'extension tissulaire	Sites excluant les seins : _____	Nombre de prothèses : _____
<input type="checkbox"/> Modelage facial après paralysie du nerf facial	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Traitement d'épilation par laser	Sites : _____	Nombre de traitement : _____
<input type="checkbox"/> Traitement d'angiomes plans par laser	Sites : _____	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

4. Limitations fonctionnelles (section à compléter pour que la demande soit analysée)

Pour chacune des interventions demandées, précisez de façon explicite les limitations fonctionnelles, signes, symptômes ou manifestations (physiques ou psychologiques) visées par vos interventions :

Interventions

1

2

3

4

Instructions

Ce formulaire s'adresse au médecin qui désire faire une demande d'autorisation en plastie pour une personne assurée et qui possède les compétences nécessaires pour réaliser lui-même les interventions demandées.

1. Personne assurée

Remplissez les champs relatifs à l'identité de la personne assurée. Le numéro d'assurance maladie est **obligatoire** pour le traitement de la demande.

2. Dispensateur

Remplissez les champs relatifs à l'identité du dispensateur.

3. Interventions visées par la demande

Si la demande doit être évaluée rapidement, indiquez la raison de l'urgence en cochant la case correspondante et en fournissant les informations demandées. Si la date des interventions n'est pas proche et qu'il n'y a pas d'autres raisons d'évaluer rapidement la demande, celle-ci le sera dans un délai standard.

Pour chaque intervention demandée, joignez les photos couleurs requises. Les photos couleurs sont **toujours** requises lors d'une demande d'autorisation initiale en plastie, sauf pour l'excision de paquets variqueux aux membres inférieurs. Veillez à ce que les photos illustrent adéquatement le problème à traiter.

Cochez s'il s'agit d'une demande initiale, de prolongation ou de modification. Si vous cochez « Prolongation » ou « Modification », inscrivez la date et les numéros de l'autorisation initiale aux endroits prévus à cet effet. Cochez la case « Renseignements supplémentaires » si vous nous faites parvenir des renseignements pour compléter une demande d'autorisation déjà soumise.

Si vous faites une demande pour une correction d'asymétrie mammaire, cochez si l'asymétrie est < 150 g ou ≥ 150 g. Dans ce dernier cas, précisez l'asymétrie à corriger (en g).

Cochez les interventions visées par la demande. Si l'espace alloué n'est pas suffisant pour inscrire les renseignements complémentaires pertinents, indiquez-les à la section 6.

4. Limitations fonctionnelles

Pour chacune des interventions demandées, précisez de façon explicite les limitations fonctionnelles, signes, symptômes ou manifestations (physiques ou psychologiques) visées par vos interventions. Si cette section n'est pas complétée, la demande sera jugée incomplète et ne pourra être analysée.

5. Informations complémentaires

Interventions antérieures pertinentes

Inscrivez les interventions antérieures subies par la personne assurée et pertinentes à l'évaluation de la demande. Indiquez également les dates des interventions et cochez s'il s'agissait d'interventions non assurées par la RAMQ ou assurées par la RAMQ.

Antécédents médicaux pertinents

Inscrivez les antécédents médicaux pertinents compte tenu de l'objet de la demande.

Si l'espace alloué n'est pas suffisant pour inscrire les informations demandées, indiquez-les à la section 6.

6. Commentaires

Section permettant d'inscrire toute autre information pertinente à l'évaluation de la demande.

7. Signature du dispensateur

La signature du dispensateur est requise ainsi que la date où cette signature est apposée.

Envoi de votre demande

Avant d'envoyer votre demande, assurez-vous que :

- les renseignements inscrits sur le formulaire sont complets et lisibles;
- votre demande est signée;
- toutes les pièces justificatives sont jointes;
- vous conservez une copie de cette demande et des pièces justificatives puisque les documents fournis ne vous seront pas retournés.

Par courriel (pour les demandes urgentes)

autorisation.plastie@ramq.gouv.qc.ca

Ou par la poste

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Pour plus d'information

Si vous avez des questions sur votre demande, vous pouvez communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels.

Région de Québec : 418 780-4208

Région de Montréal : 514 687-3612

Ailleurs au Québec : 1 888 330-3023