

À l'intention des médecins spécialistes en chirurgie plastique, en dermatologie,
en ophtalmologie et en chirurgie générale
des médecins omnipraticiens

16 avril 2014

Nouveau formulaire Demande d'autorisation en plastie (n° 4248)

À compter du 28 avril 2014, vous pourrez utiliser le formulaire dynamique *Demande d'autorisation en plastie* (n° 4248) pour adresser une demande à la Régie pour les interventions qui, selon les ententes, requièrent une autorisation préalable.

1. Remplissage du formulaire Demande d'autorisation en plastie (n° 4248)

Le nouveau formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (n° 4248) remplace la lettre ad hoc généralement rédigée par le médecin qui désire obtenir une autorisation d'intervention pour le bénéfice d'une personne assurée.

Le formulaire étant dynamique, vous pourrez saisir l'information à l'écran, enregistrer le formulaire, l'imprimer et le poster. L'enregistrement et l'impression pourront se faire à l'aide des options disponibles dans votre navigateur Internet. Toutefois, les boutons *Enregistrer* et *Imprimer*, présents dans le coin supérieur droit du formulaire, ont été ajoutés pour faciliter ces actions. En appuyant sur ces boutons, le message suivant apparaîtra à titre de rappel : « Pour chaque intervention demandée, veuillez joindre les photos couleurs requises ». Le bouton *Effacer*, quant à lui, sert à effacer toute l'information saisie dans le formulaire, afin de retrouver une copie vierge et prête à remplir.

Si vous préférez, vous pouvez imprimer le formulaire, le remplir manuellement et le poster à la Régie.

La Régie vous recommande de consulter le guide de remplissage en appuyant sur le bouton *Guide*, présent dans le coin supérieur droit du formulaire dynamique. Ce guide peut ensuite être imprimé.

Le formulaire ainsi que le guide de remplissage sont disponibles sur le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca dans la section *Professionnels*, dans votre catégorie de professionnels à la section *Formulaires*.

2. Utilisation du formulaire

Le formulaire peut servir à adresser trois types de demandes d'autorisation à la Régie, soit une demande d'autorisation initiale, de prolongation ou de modification. Il peut également servir à envoyer des renseignements supplémentaires pour compléter une demande déjà transmise à la Régie.

Dans le cas d'une demande initiale, toutes les sections doivent être remplies, les photos couleurs doivent être jointes, ainsi que tout autre document pertinent à l'analyse par la Régie (voir encadré « À noter » ci-dessous). Dans les autres types de demandes, seules certaines sections doivent être remplies en y joignant les pièces demandées, le cas échéant.

Courriel	Téléphone	Télécopieur	NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca	Québec 418 643-8210	Québec 418 646-9251	DU LUNDI AU VENDREDI,
	Montréal 514 873-3480	Montréal 514 873-5951	DE 8 H 30 À 16 H 30
	Ailleurs 1 800 463-4776		(MERCREDI DE 10 H 30 À 16 H 30)

À NOTER

Une demande d'autorisation initiale complète contient :

- le formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (n° 4248) rempli;
- les photos couleurs qui illustrent adéquatement le problème à traiter (les photos sont toujours requises, sauf lors d'une demande d'autorisation pour une excision de paquets variqueux aux membres inférieurs);
- les documents complémentaires utiles pour le traitement de la demande (ex. : rapports de mammographie et/ou d'échographie, champs visuels périphériques interprétés, rapports de consultation, etc.), s'il y a lieu.

3. Envoi des demandes d'autorisation en plastie

Vous devez transmettre vos demandes d'autorisation en plastie par la poste à l'adresse suivante :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

De façon exceptionnelle, une demande URGENTE, pour laquelle les photos ne sont pas requises ou ont déjà été transmises à la Régie, peut être acheminée par télécopieur au 418 643-3858.

4. Document de référence

[Partie I](#) Formulaire n° 4248 (version statique) et guide de remplissage

1 - Personne assurée

CARTE D'ASSURANCE MALADIE
OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR

2 - Dispensateur Spécialité :

NOM ET PRÉNOM

N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE

ADRESSE
NUMÉRO RUE BUREAU

LOCALITÉ PROVINCE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE
IND. RÉG. TÉLÉCOPIEUR
IND. RÉG.

3 - Interventions visées par la demande

DATE DES INTERVENTIONS
ANNÉE MOIS JOUR

Si la date n'est pas fixée, veuillez indiquer
dans combien de temps vous prévoyez
effectuer les interventions : ☐ < 3 mois ☐ ≥ 3 mois

Nombre de photos couleurs jointes : _____
NOTE : Veuillez à ce que les photos illustrent
adéquatement le problème à traiter.

Type de demande

☐ Initiale ☐ Prolongation ☐ Modification ☐ Renseignements supplémentaires

Si vous avez coché « Prolongation » ou « Modification », veuillez inscrire : La date de l'autorisation initiale

Les numéros de l'autorisation initiale : _____

ANNÉE MOIS JOUR

Lipectomies

☐ Abdominale ☐ Bras ☐ Cuisses ☐ Autres, précisez : _____

Correction de cicatrices

Sites : _____

Nombre de cicatrices : _____ Nombre de traitements prévus : _____

☐ Traitement chirurgical ☐ Traitement par laser

Chirurgies des seins

☐ Augmentation mammaire	☐ Droite ☐ Gauche	☐ Reconstruction du mamelon par tatouage	☐ Droite ☐ Gauche
☐ Changement de prothèse mammaire	☐ Droit ☐ Gauche	☐ Reconstruction mammaire	☐ Droite ☐ Gauche
☐ Insertion d'une prothèse d'extension tissulaire	☐ Droite ☐ Gauche	☐ Réduction mammaire	☐ Droite ☐ Gauche
☐ Mastopexie	☐ Droite ☐ Gauche	☐ Remplacement d'une prothèse d'extension tissulaire par une prothèse permanente	☐ Droit ☐ Gauche
☐ Reconstruction chirurgicale du mamelon	☐ Droite ☐ Gauche		

Cure de gynécomastie

☐ Mastectomie simple pour gynécomastie ☐ Droite ☐ Gauche

NOTE : Si disponibles, veuillez joindre les rapports de mammographie et/ou d'échographie.

Chirurgie des paupières

☐ Excision du surplus cutané des paupières supérieures

NOTE : Si disponibles, veuillez joindre les champs visuels
PÉRIPHÉRIQUES INTERPRÉTÉS.

Autres interventions

☐ Excision de paquets variqueux aux membres inférieurs*	☐ Droite ☐ Gauche	
☐ Injection de graisse	Sites : _____	Nombre de séances : _____
☐ Insertion d'une prothèse d'extension tissulaire	Sites – excluant les seins : _____	Nombre de prothèses : _____
☐ Microgreffe capillaire	Nombre de séances : _____	Nombre de microgreffes : _____
☐ Modelage facial	☐ Droit ☐ Gauche	
☐ Traitement d'épilation par laser	Sites : _____	Nombre de traitements : _____
☐ Traitement d'angiomes plans par laser	Sites : _____	
☐ Autres, précisez : _____		

*Aucune photo requise. Fournir uniquement le rapport de consultation.

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

Numéro d'assurance maladie
de la personne assurée

Numéro d'inscription
du dispensateur à la Régie

Renseignements requis aux fins de traçabilité.

4 - Informations complémentaires *Section réservée aux demandes INITIALES.*

Interventions antérieures pertinentes

Intervention : _____	Date ►	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	☐ Esthétique	☐ Couverte par la RAMQ
Intervention : _____	Date ►	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	☐ Esthétique	☐ Couverte par la RAMQ
Intervention : _____	Date ►	ANNÉE _ _ _	MOIS _	JOUR _	☐ Esthétique	☐ Couverte par la RAMQ

Antécédents médicaux pertinents

Correction d'asymétrie mammaire

☐ < 150g ☐ ≥ 150g, précisez : _____

Limitations fonctionnelles physiques

Existe-t-il des limitations fonctionnelles physiques qui seront corrigées par les interventions demandées?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser lesquelles : _____

Limitations fonctionnelles psychologiques

Existe-t-il des limitations fonctionnelles psychologiques qui seront corrigées par les interventions demandées?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser les limitations en lien avec les interventions demandées ET/OU joindre les rapports de consultations psychiatriques ou psychologiques ou les deux : _____

Diagnostics : _____

Traitements médicamenteux : _____

Périodes de traitement : _____

Professionnels consultés : _____

Spécialités : _____

Fréquence des visites : _____

Périodes de suivi : _____

5 - Commentaires

6 - Signature du dispensateur

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
|_|_|_| |_| |_|

**Veuillez retourner le présent formulaire,
ainsi que les pièces jointes :**

• **par la poste :** Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

• **par télécopieur** (pour les **demandes URGENTES**
seulement, si les photos ne sont pas requises ou
ont déjà été transmises à la Régie) : **418 643-3858**

À qui s'adresse ce formulaire?

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

Veuillez imprimer la carte d'assurance maladie dans le cadre prévu à cet effet ou remplir manuellement 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

Veuillez remplir les champs relatifs à l'identité du dispensateur.

3 – Interventions visées par la demande

Veuillez indiquer la date des interventions si elle est connue. Dans le cas contraire, veuillez indiquer dans combien de temps vous prévoyez effectuer les interventions, en cochant l'une des deux options suivantes : < 3 mois ou ≥ 3 mois.

Pour chaque intervention demandée, veuillez joindre 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. Veuillez à ce que les photos illustrent adéquatement le problème à traiter.

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

Veuillez cocher les interventions visées par la demande. Si l'espace alloué n'est pas suffisant pour inscrire les renseignements complémentaires pertinents, veuillez les donner à la section 5.

4 – Informations complémentaires

Cette section est divisée en cinq sous-sections, énumérées ci-après.

- Interventions antérieures pertinentes : Veuillez inscrire les interventions antérieures subies par la personne assurée et pertinentes à l'évaluation de la demande. Veuillez également inscrire les dates des interventions et cocher s'il s'agissait d'interventions esthétiques ou couvertes par la RAMQ.
- Antécédents médicaux pertinents : Veuillez inscrire les antécédents médicaux pertinents compte tenu de l'objet de la demande.
- Correction d'asymétrie mammaire : Si vous faites une demande pour une correction d'asymétrie mammaire, veuillez cocher si l'asymétrie est < 150 g ou ≥ 150 g. Dans ce dernier cas, veuillez préciser l'asymétrie à corriger (en g).
- Limitations fonctionnelles physiques : Veuillez cocher si, oui ou non, la personne assurée présente des limitations fonctionnelles physiques qui seront corrigées par les interventions demandées. Si vous avez coché « oui », veuillez préciser quelles sont ces limitations fonctionnelles physiques.
- Limitations fonctionnelles psychologiques : Veuillez cocher si, oui ou non, la personne assurée présente des limitations fonctionnelles psychologiques qui seront corrigées par les interventions demandées. Si vous avez coché « oui », veuillez préciser quelles sont ces limitations fonctionnelles psychologiques ET/OU joindre à votre demande les rapports de consultations psychiatriques ou psychologiques ou les deux.

Si l'espace alloué n'est pas suffisant pour inscrire les informations demandées, veuillez les donner à la section 5.

5 – Commentaires

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

6 – 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, veuillez vous assurer 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 la poste

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur (pour les **demandes URGENTES seulement**, si les photos ne sont pas requises ou ont déjà été transmises à la Régie) : 418 643-3858

Pour plus d'information

Si vous avez des questions sur votre demande, vous pouvez communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels.

Québec : 418 643-8210
Montréal : 514 873-3480
Sans frais : 1 800 463-4776