

2. PERSONNES ASSURÉES

(Programme des services optométriques)

2.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES

- **Personne assurée** : personne qui réside ou est réputée résider au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie; pour l'application du programme, elle doit être âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus.
- **Handicapé visuel** : personne qui réside au Québec, qui après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4 dioptries, a une acuité visuelle de chaque oeil inférieure à 6/21, ou dont le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90°, et qui, dans l'un ou l'autre cas, est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familial. (voir le Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29, r.0.02.1) (voir **2.3**).
- **Prestataire d'un programme d'aide** : personne détenant un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant les articles 71 ou 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie; pour l'application du programme, la personne doit être âgée de 18 ans et plus ou de moins de 65 ans et doit détenir un carnet de réclamation depuis au moins 12 mois consécutifs.
- **Autre** : personne de 18 à 64 ans inclusivement, détenant une carte d'assurance maladie valide, à qui l'optométriste fournit un examen partiel (9002), un examen d'urgence (9019) et son supplément (9024) lorsque requis, conformément au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

2.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**.

2.2.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Le prénom usuel et le nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative)
4. Numéro de séquence de la carte
5. La date d'expiration de la carte
6. La date de naissance et le sexe de la personne assurée
7. Photographie/signature (facultatif - Voir **2.2.2**)
8. Hologramme

2.2.2 Modèles de carte

- # Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE



Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour une raison d'ordre médical.

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour une raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour une raison d'ordre médical.

2.2.3 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**.

1- Vérification de la photo et de la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (2058).

2- Vérification de la date d'expiration

- a) *Si la date d'expiration est postérieure à la date des services*

Utiliser la *Demande de paiement – optométriste* (1500) pour facturer les services.

- b) *Si la date d'expiration est antérieure à la date des services*

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé au tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :

- a) *L'enfant est âgé de moins d'un an;*

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

- **Exception** : Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case *C.S.*, (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

b) *La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents :*

- # - inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

c) *La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée :*

- # - inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

d) *La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans, et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :*

- # - inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

2- Dans tous les autres cas (sauf pour le revendicateur du statut de réfugié) :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) qui le concerne. Il le remet ensuite à la personne qui doit remplir la section la concernant et envoyer le formulaire à la Régie.

2.3 HANDICAPÉ VISUEL

Le coût des services optométriques est défrayé par la Régie, à la condition que la personne assurée handicapée visuelle soit inscrite à un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle à la date où les services ont été rendus.

- # **Remarque :**
- Pour les **instructions de facturation**, veuillez vous référer à l'onglet *Rémunération à l'acte*, section 3.2.4.4.
 - Pour la liste des établissements reconnus et autorisés (comme centres pour les personnes ayant une déficience visuelle), veuillez vous référer à l'annexe VII de l'entente.

2.4 PRESTATAIRES D'UN PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

Description du carnet de réclamation :

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours détiennent un **carnet de réclamation** qui leur donne droit aux services optométriques assurés. Ils doivent le présenter à l'optométriste **chaque fois** qu'ils reçoivent un tel service. Le carnet comporte deux volets.

Le **volet de gauche** du carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

Le **volet de droite** identifie, par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire **et ses ayants droit** (conjoint et enfants) admissibles aux services optométriques.

Le numéro d'assurance maladie de la personne recevant les services optométriques **doit figurer sur ce volet**, dans la case *Référence*.

Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

Lorsque **le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré**, il doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les renseignements suivants :

- la **période de validité du carnet de réclamation à la date des services**;
- l'**admissibilité aux services optométriques** par la présence de la mention « EXAMEN DES YEUX : OUI » à la case *Message*.

Si **le prestataire est soumis au délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services optométriques, les mentions « EXAMEN DES YEUX » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figurent à la case *Message*.

Avant cette date, aucun service n'est payable.

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :

- le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
- le prestataire ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide : vous référer à la section 2.2.3 *Vérification de la carte (validité)* de l'onglet *PERSONNES ASSURÉES*.

Revendicateur du statut de réfugié :

Lorsque la mention « Document de CIC requis » est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie :

- lorsqu'il ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la Régie ne paie pas le coût des services;
- lorsqu'il présente une carte d'assurance maladie valide, vérifier au volet de gauche du carnet, s'il est admissible aux soins optométriques :
 - s'il est admissible à la date du service, remplir une demande de paiement pour les services;
 - s'il n'est pas admissible à la date du service, la Régie ne paie pas le coût des services.

2.5 DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée et admissible au programme des services optométriques, un optométriste peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être préalablement autorisés par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada sans avoir obtenu l'autorisation préalable de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

DEMANDE D'AUTORISATION**1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
- une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.
- B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

- # Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

- Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

2.6 DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée et admissible au programme des services optométriques, un optométriste peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;

- que le service est assuré: c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.
- B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

- # Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475

- # Télécopieur : 418 646-3492