Table des matières

5. Facturation des appareils suppléant à une déficience physique.....	2
5.1 Mode de facturation.....	2
5.1.1 Service en ligne des aides techniques (SELAT)	2
5.1.2 Facturation papier	3
5.1.3 Envoi de pièces justificatives	4
5.2 Délai de facturation	5
5.3 Information exigée pour le traitement d'une demande	6
5.3.1 Types de demande.....	6
5.3.1.1 Demande d'autorisation (DAU)	6
Attestation de fréquentation scolaire	6
Attestation d'emploi.....	7
A. Particularité du Titre Premier	7
B. Particularités du Titre Deuxième	8
5.3.1.2 Paiement (DPA).....	9
5.3.1.3 Annulation d'une demande	9
5.3.1.4 Demande de prise en charge (DPC).....	10
5.3.2 Demande en référence	10
5.3.3 Demande refusée avec un message qui contient les mots « Demande irrecevable »	10
5.3.3.1 « Demande irrecevable »	10
5.3.3.2 « Veuillez soumettre une nouvelle demande et y apporter les modifications appropriées. »	10
5.3.3.3 Refus réel – donnant un droit de révision à la personne assurée	10
5.3.4 Date de service	11
5.3.5 Dispensateur	11
5.3.6 Personne assurée.....	11
5.3.7 Aide en référence et aide impliquée	11
5.3.8 Fonction d'attribution.....	12
5.3.9 Profil de déficience (Titre Deuxième seulement)	12
5.3.10 Natures de service	12
5.3.11 Raison de réparation ou de remplacement.....	13
5.3.12 Renseignements complémentaires	14
Recours possible	14

5. Facturation des appareils suppléant à une déficience physique

Cette section a pour but d'informer les établissements et les laboratoires autorisés qui peuvent obtenir le paiement des services fournis aux personnes assurées admissibles au Programme d'appareils suppléant à une déficience physique (Programme). Les informations portent sur les modes de facturation et plus spécifiquement, sur la façon de remplir le formulaire papier 4186 - Programme d'appareils suppléant à une déficience physique - Titre premier (prothèses, orthèses, appareils orthopédiques et autres équipements) concernant les prothèses, orthèses, appareils orthopédiques et autres équipements (Titre Premier).

Les renseignements nécessaires à l'appréciation d'une demande de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de prise en charge sont ceux exigibles en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, c. A-29)* et du *Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, c. A-29, r. 4)* (Règlement).

5.1 Mode de facturation

5.1.1 Service en ligne des aides techniques (SELAT)

Le service en ligne des aides techniques (SELAT) permet de rédiger et soumettre par Internet, en toute sécurité, des demandes relatives à la facturation des services couverts par le Programme. Tous les établissements et laboratoires autorisés ont accès à ce service. Pour effectuer des transactions, il faut cependant obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe.

Pour connaître les modalités d'inscription ou de facturation électronique, consultez le site Web de la Régie (www.ramq.gouv.qc.ca), cliquez sur **Professionnels**, puis choisir **Laboratoires d'orthèses-prothèses** dans la section **Dispensateurs de services assurés** ou **Établissements de réadaptation en déficience physique** dans la section **Établissements** selon votre situation. Dans la section de droite, cliquez sur **Information et Inscription** ou sur **Guide d'utilisation SELAT** pour poursuivre votre recherche.

Pour la transmission électronique des demandes, il est possible d'adapter les systèmes informatiques des établissements ou des laboratoires à ceux de la Régie.

Communiquez par téléphone avec le *Support aux services en ligne* – site Web de la Régie pour obtenir toute l'information et les accès requis.

Québec : 418 643-8210

Montréal : 514 873-3480

Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776 Après l'identification composer le « 1 » (pour un nouveau dispensateur, faites le 0).

À partir du 1^{er} mars 2017, toute facturation d'un appareil du Titre Deuxième fourni en application des contrats de 2017-2020 devra être transmise par l'établissement au SELAT de manière électronique (B2B).

5.1.2 Facturation papier

La facturation d'un service par l'utilisation d'un formulaire papier est désormais réservée aux laboratoires autorisés qui ne disposent pas d'un système de facturation électronique permettant de transiger avec le SELAT.

Le formulaire *Programme d'appareils suppléant à une déficience physique – Titre Premier (prothèses, orthèses, appareils orthopédiques et autres équipements)* (4186) est disponible sur le site de la Régie, dans la section **Formulaires** de la catégorie **Laboratoires d'orthèses prothèses** à l'adresse :

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/laboratoires-ortheses-protheses/formulaires/Pages/formulaires.aspx>

Si un formulaire papier est utilisé :

- Ne jamais écrire au verso du formulaire;
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence en lettres majuscules. S'assurer que les inscriptions ne dépassent pas les champs ni l'espace réservé et qu'elles sont suffisamment foncées pour être lisibles après la numérisation;
- Limiter à deux le nombre d'aides facturées sur un même formulaire pour une personne assurée. Dans le cas où ce nombre est dépassé, utiliser un autre formulaire en remplissant de nouveau toutes les sections, même celles relatives à l'identification du dispensateur et de la personne assurée;
- Dater et signer chaque demande par la personne responsable du laboratoire et non par l'un de ses employés.

Soyez avisé qu'un formulaire dont les renseignements sont erronés, illisibles ou omis ne sera pas traité et qu'une lettre sera expédiée pour en informer le demandeur.

Le formulaire 4186 dûment rempli doit être expédié par la poste à l'adresse suivante :

RAMQ – **DGRCGP** **DGPHQATF**

Programme d'appareils suppléant à une déficience physique

C.P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

5.1.3 Envoi de pièces justificatives

Inscrire dans le **coin supérieur droit de chaque page des documents** transmis à titre de pièce justificative, le numéro de confirmation attribué lors de la transmission électronique de la demande à la Régie et le numéro **d'assurance maladie de la personne assurée**.

Directement dans le SELAT :

Le nouveau bouton « *Joindre un document* » est disponible dans le service en ligne des aides techniques (SELAT) afin de joindre des pièces justificatives à une demande.

Ce bouton remplace l'envoi par télécopie dès maintenant.

Lors d'une facturation directement dans le SELAT (B2C)

Le bouton est disponible après la transmission d'une demande, quand le SELAT affiche le numéro à 10 chiffres de la demande.

Après facturation à partir de votre système (B2B)

Le bouton est disponible dans « Mon dossier » du menu de gauche du SELAT.

Lorsque vous sélectionnez une demande et que vous cliquez sur l'onglet « Consultation », il se trouve au bas de la page, à droite, sous « Total de la demande ».

Lorsque vous cliquez sur le bouton, vous êtes invité à sélectionner un document en cliquant sur la loupe. Le seul format permis est le .pdf. L'extension .pdf doit être inscrite en lettres minuscules.

La grosseur permise pour un fichier joint à l'aide du bouton est de 5 Mo. Si votre document .pdf est plus gros, veuillez le scinder en 2 et joindre les 2 documents, un après l'autre.

Par la poste, à l'adresse suivante :

RAMQ – **DGRCGP** ~~DGPHQATF~~
Programme d'appareils suppléant à une déficience physique
C.P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur au numéro 418 266-6489

5.2 Délai de facturation

Le dispensateur est tenu de soumettre une demande de paiement ou d'autorisation dans un délai de 90 jours à compter de la date où le service a été rendu. Si une demande est présentée au-delà de ce délai, il est obligatoire d'inscrire dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* les raisons justifiant une demande de dérogation à ce délai.

Si l'impossibilité d'agir plus tôt a été démontrée par le dispensateur à la satisfaction de la Régie, une prolongation pourrait être accordée.

5.3 Information exigée pour le traitement d'une demande

5.3.1 Types de demande

Il existe quatre types de demande pouvant être acheminées à la Régie. Chaque demande ne peut contenir qu'un seul type choisi parmi les suivants :

1. Autorisation
2. Paiement
3. Annulation
4. Prise en charge

5.3.1.1 Demande d'autorisation (DAU)

Le Règlement prévoit certaines situations où il est requis d'obtenir une autorisation préalable de la Régie avant de fournir une aide technique à la personne assurée et d'en réclamer le remboursement par le Programme. Dans ces cas, une demande de type « *Autorisation* » doit être remplie. La *DATE DE SERVICE* à inscrire est celle où l'évaluation des besoins de la personne a eu lieu.

Chaque DAU doit être accompagnée de pièces justificatives. Les sections 5.4, 5.5 et 5.6 apporteront des précisions à ce sujet.

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

Voir l'onglet 7 - *Codes génériques de biens et services hors Tarif* pour connaître les codes exigeant une demande d'autorisation et l'onglet 4 du Manuel pour référer au Règlement ASDP (articles 16, 50 et 51 par 7° du premier alinéa).

Attestation de fréquentation scolaire

L'attestation fournie doit avoir été émise moins de 12 mois avant la date de service.

Informations obligatoires devant se retrouver sur l'attestation :

- Identification de l'étudiant : Le nom et le prénom de la personne assurée
- Identification de l'établissement d'enseignement reconnu :
 - Le nom et l'adresse de l'établissement
 - Le programme auquel l'élève ou l'étudiant est inscrit
 - La période d'inscription de la personne assurée
- La signature manuscrite ou électronique du responsable ou le sceau de l'établissement
- La date d'émission du document

Attestation d'emploi

L'attestation fournie doit avoir été émise moins de 12 mois avant la date de service.

Informations obligatoires devant se retrouver sur l'attestation :

- Identification du salarié : Le nom et le prénom de la personne assurée
- Identification de l'employeur :
 - le nom
 - l'adresse de l'employeur
- La mention que l'emploi est rémunéré
- Le type d'emploi : temps plein / temps partiel / saisonnier
- La signature de l'employeur

Note :

Il n'est pas exigé que la lettre officielle de l'employeur soit rédigée sur un papier à en-tête, qu'elle comporte le logo de l'entreprise, son numéro de téléphone et que le salaire soit inscrit.

A. Particularité du Titre Premier

Bien qu'une DAA pour un appareil ou composant ne figurant pas au *Tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés* (Tarif) ou comportant la mention « sous considération spéciale » (C.S.) n'est pas obligatoire en vertu des dispositions réglementaires du Titre Premier, un dispensateur **peut** en adresser une à la Régie avant de procéder à l'achat ou à la fabrication d'un tel appareil ou composant C.S.. Dans ce cas, inscrire le coût estimé du service dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Toutefois, dès que la mention C.S. apparaît sur une demande, le dossier de la personne assurée **doit** obligatoirement contenir une attestation écrite produite collectivement et signée par une équipe multidisciplinaire, conformément à l'article 34.1 du Règlement. Le dispensateur doit pouvoir présenter cette pièce justificative à la Régie si elle lui en fait la demande.

Pour l'attribution d'une orthèse C.S. ou composant C.S. :

S'il s'agit d'une **première attribution** d'un appareil C.S. ou le **remplacement de celui-ci par un appareil différent**, la Régie considère qu'il y a présence d'un processus de réadaptation qui vient justifier une telle recommandation, d'où l'intervention de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute au dossier.

S'il s'agit du **remplacement d'une orthèse C.S. par un produit similaire** en raison de l'usure de cette dernière, aucune intervention n'est nécessaire en ergothérapie ou physiothérapie.

Une DAA **doit** être soumise lorsque l'attribution d'un appareil additionnel pour le travail ou les études est justifiée en vertu de l'article 16 du Règlement. Le champ *FONCTION D'ATTRIBUTION* de l'aide ou de l'aide en référence devra être rempli. Une DAA **est également requise** lorsque la personne assurée

possède déjà un appareil additionnel attribué en vertu de l'article 16 et qu'il est requis de remplacer l'une des deux aides fournies.

De même, une DAU doit être soumise lors de l'attribution d'une « Autre aide à la marche hors liste (C.S.) » ou d'un « Composant d'aide à la marche hors liste (C.S.) » sauf s'il s'agit d'un remplacement par une autre aide à la marche C.S. similaire (nature 21) ou pour les réparations (nature 33). (Voir la section 5.4.4.4.)

B. Particularités du Titre Deuxième

Une DAU est requise en tout temps lorsqu'une aide à la locomotion, une aide technique à la posture ou l'un de leurs composants ne figurent pas au Tarif ou comportent la mention C.S.

Une DAU est également nécessaire dans le cas où l'attribution d'un appareil additionnel est justifiée en vertu des articles 50 ou 51 paragraphe 7^o du premier alinéa ou encore de la directive ministérielle visant l'intégration sociale d'un enfant de moins de 18 ans. Le champ *FONCTION D'ATTRIBUTION* de l'aide ou de l'aide en référence devra être rempli conformément à la disposition visée. Une DAU **est également requise** lorsque la personne assurée possède déjà un appareil additionnel attribué en vertu de l'article 50, 51 par 7^o du premier alinéa ou de la directive ministérielle visant l'intégration sociale et qu'il est requis de remplacer l'une des deux aides fournies.

5.3.1.2 Paiement (DPA)

Une demande de type « *Paiement* » doit être remplie pour obtenir directement le remboursement des coûts reliés à l'achat, au remplacement ou à la réparation d'un appareil, de l'un de ses composants ou compléments ainsi que pour l'ajout d'un composant ou d'un complément qui figurent au Tarif en vigueur ou dans une version antérieure de celui-ci.

Une DPA présentée après avoir obtenu une autorisation de la Régie doit comporter les mêmes informations que celles contenues à la DAU à l'exception de la DATE DE SERVICE qui doit être modifiée par la date où l'appareil a finalement été livré à la personne assurée. Le dispensateur dispose de 6 mois à partir de **l'inscription de l'autorisation à l'état de compte pour transmettre sa demande de paiement qui lui est liée. Si ce délai est expiré**, il doit transmettre une nouvelle demande d'autorisation en expliquant les raisons pour lesquelles la DPA n'a pu être transmise dans les délais et confirmer que les besoins de la personne assurée sont demeurés les mêmes depuis l'évaluation.

Le montant demandé pour une aide en considération spéciale (C.S.) ou un composant C.S. doit être inférieur ou égal à 110% du montant accepté pour cette aide ou ce composant sur la DAU en référence. Les justifications pour la différence entre le prix autorisé de la demande d'autorisation et la différence (baisse ou augmentation) du montant demandé dans la demande de paiement doivent se trouver dans les renseignements complémentaires.

Afin de lier ces deux demandes, le numéro de la DAU doit apparaître dans le champ DEMANDE EN RÉFÉRENCE de la DPA sans quoi cette dernière sera jugée non conforme.

5.3.1.3 Annulation d'une demande

Pour annuler tout type de demande après sa transmission à la Régie, il faut procéder de la manière suivante :

1. Choisir le type de demande « *Annulation* »;
2. Inscrire le numéro de la demande devant être annulée dans le champ *DEMANDE EN RÉFÉRENCE*;
3. Remplir les sections *DISPENSATEUR* et *PERSONNE ASSURÉE* en inscrivant les mêmes informations apparaissant sur la demande devant être annulée;
4. Inscrire toute information additionnelle pertinente à la demande d'annulation dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Par ailleurs, une demande ne peut pas être modifiée ou corrigée, en tout ou en partie, après sa transmission à la Régie. Si des corrections ou des modifications s'avèrent nécessaires, il est essentiel d'annuler la demande puis de terminer le processus en exécutant les deux étapes suivantes :

- Attendre que la demande d'annulation soit portée à l'état de compte;
- Effectuer une nouvelle demande de paiement ou d'autorisation¹ en s'assurant qu'elle contient tous les renseignements nécessaires et qu'elle est présentée telle qu'elle aurait dû l'être initialement.

¹ Ne pas transmettre de demande de révision dans ce cas.

5.3.1.4 Demande de prise en charge (DPC)

Une demande de type « *Prise en charge* » d'un appareil appartenant à une personne assurée peut être acheminée à la Régie si cet appareil répond aux critères des articles 4 (Titre Premier) ou 38 (Titre Deuxième) du Règlement, et ce, dans les situations suivantes :

1. Une aide attribuée par le Programme a été perdue, volée ou détruite et elle a été remplacée par une aide identique ou équivalente, aux frais de la personne assurée ou de son assureur (voir les articles 12 et 47 du Règlement);
2. Une aide identique ou équivalente à une aide listée au *Tarif*, appartenant à une personne assurée, dans la mesure où cette dernière est admissible selon les critères énoncés au Règlement (voir les articles 12 et 47).

5.3.2 Demande en référence

Lors d'une DPA reliée à une DAU ou lors d'une demande d'annulation, toujours inscrire dans le champ DEMANDE EN RÉFÉRENCE le numéro NCE de la demande initiale apparaissant à l'état de compte.

5.3.3 Demande refusée avec un message qui contient les mots « Demande irrecevable »

5.3.3.1 « Demande irrecevable »

Lorsqu'un message indique que la demande est jugée irrecevable, c'est que celle-ci n'est pas conforme aux règlements et lois applicables ou qu'elle ne respecte pas les exigences de la Régie en matière de transmission des informations requises pour son traitement, le dispensateur doit alors soumettre une nouvelle demande comportant les corrections nécessaires.

5.3.3.2 « Veuillez soumettre une nouvelle demande et y apporter les modifications appropriées. »

Lorsque le message explicatif contient uniquement cette phrase (message 352), vous devez référer aux autres messages explicatifs sur les lignes de la demande de paiement ou d'autorisation ainsi qu'au bas de la demande afin de prendre connaissance des raisons du refus administratif.

5.3.3.3 Refus réel – donnant un droit de révision à la personne assurée

Lorsque le message explicatif **407** « Une lettre de décision concernant cette demande d'autorisation a été envoyée à la personne assurée » est inscrit dans les messages de refus d'une demande d'autorisation, alors il s'agit d'un **refus réel**. Une lettre expliquant les motifs du refus est alors envoyée à la personne assurée et celle-ci a 6 mois pour effectuer une demande de révision.

5.3.4 Date de service

La date de service est celle à laquelle les services ont été réellement rendus à de la personne assurée.

Une demande ne peut comporter qu'**une seule** date de service.

Pour une DPA ou une DPC, inscrire la date à laquelle les services à la personne assurée ont été complétés pour une même intervention, conformément à la notion d'installation finale précisée aux articles 9 et 42 du Règlement. L'installation finale d'un appareil survient lorsque la personne assurée reçoit l'appareil après ajustement.

Pour une demande d'annulation, inscrire la date de service de la demande initiale devant être annulée.

Pour une DAU, inscrire la date à laquelle l'évaluation de la personne assurée a été complétée.

5.3.5 Dispensateur

Une demande doit contenir le numéro de permis du dispensateur. Inscrire les 6 premiers caractères du numéro attribué par la Régie, commençant par 958 pour les laboratoires privés et 959 pour les établissements publics.

5.3.6 Personne assurée

Chaque demande doit être associée à une personne assurée. Après avoir vérifié la validité de la carte d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie (NAM) dans l'espace réservé à cette fin.

5.3.7 Aide en référence et aide impliquée

Inscrire dans le champ *AIDE EN RÉFÉRENCE* le code de l'appareil pour lequel **une intervention doit être posée**. L'aide en référence, selon les situations, est une « aide à remplacer », une « aide à réparer », une « aide à modifier » ou une « aide sinistrée ».

D'autre part, inscrire dans le champ *AIDE* le code de l'appareil sur lequel **une intervention a été ou sera directement posée** et facturée. L'aide impliquée pourrait notamment être identifiée comme « aide attribuée » ou « aide de remplacement ».

Lors des interventions de réparation ou de modification, l'aide en référence et l'aide impliquée sont une seule et même aide. Par contre, lors du remplacement d'une aide, l'aide en référence est celle qui cède sa place à l'aide impliquée qui sera facturée.

Inscrire le *CODE* et la *FONCTION D'ATTRIBUTION*, *s'il y a lieu*, de l'aide en référence et de l'aide impliquée même si le service rendu concerne un complément ou un composant.

S'il y a lieu, indiquer le *CÔTÉ* de l'aide en référence ou de l'aide impliquée par la lettre correspondante, soit « **G** » pour gauche, « **D** » pour droit ou « **B** » pour bilatéral (**Titre Premier**).

Les composants des appareils de l'appel d'offres 2017-2020 peuvent également comporter un côté. Inscrire le côté approprié, selon le cas. (**Titre Deuxième**)

Inscrire la *DATE DE PRISE DE POSSESSION* de l'aide en référence, sauf s'il s'agit d'une prestation de service pour une personne assurée dont l'état physique a changé ou qui est décédée avant l'installation finale de son appareil.

5.3.8 Fonction d'attribution

La fonction d'attribution permet de distinguer des appareils similaires en fonction leur usage prescrit ou des incapacités particulières auxquelles ils sont appelés à suppléer. Les fonctions d'attribution du Titre Premier sont différentes de celles du Titre Deuxième et elles sont énumérées dans les sections respectives dédiées aux méthodes de facturation.

5.3.9 Profil de déficience (Titre Deuxième seulement)

Le Profil de déficience est déterminé par un *Code de déficience* qui est le résultat d'un algorithme qui permet d'identifier le système organique, le trouble et la région affectée par la déficience pour laquelle l'aide à la locomotion est appelée à suppléer. Cette information figure au formulaire dynamique *Attestation du besoin d'une aide à la locomotion ou à la posture* (3841) et doit être saisie sur la demande à l'endroit réservé à cette fin. Le formulaire 3841 ainsi que son guide de remplissage sont disponibles sur le site internet de la Régie.

5.3.10 Natures de service

Les natures de service permettent d'identifier le type de services rendus. Elles se divisent en deux catégories :

- les natures d'attribution qui se rapportent à la fourniture d'un appareil à la personne assurée telles l'attribution initiale, le remplacement ou la prise en charge d'un appareil;
- les natures d'intervention qui se traduisent généralement par une action posée sur l'appareil, telle une réparation, un ajout ou un remplacement de composant.

Selon les situations, les natures d'attribution (aussi appelées « super natures ») peuvent admettre que certaines natures d'intervention soient facturées simultanément.

Toutefois, l'inverse est impossible. Les combinaisons de natures de service acceptées sont détaillées dans la section 5.6.4.2.

5.3.11 Raison de réparation ou de remplacement

Chaque demande de réparation ou de remplacement doit être dûment justifiée afin de s'assurer du respect des dispositions réglementaires à cet effet. Les listes de raisons remplacement qui permettent d'inscrire le code approprié dans le champ *Raisons de remplacement* peuvent être consultées aux sections suivantes :

- 5.4.2.5.1 (Titre Premier)
- 5.5.3.6.1 (Titre Deuxième code 4)
- 5.6.6.4.4 (Titre Deuxième code 7)

Les listes de raisons de réparation qui permettent d'inscrire le code approprié dans le champ *Raisons de réparation* peuvent être consultées aux sections suivantes :

- 5.4.2.7.1 (Titre Premier)
- 5.5.3.9.1 (Titre Deuxième code 4)
- 5.6.6.4.7 (Titre Deuxième code 7).

Pour les services rendus à compter du 1^{er} juillet 2017, il est **obligatoire** d'inscrire une raison de réparation pour chaque demande facturée en nature de réparation (voir Infolettre 092) :

Pour les demandes du **Titre Premier** :

- la demande sera refusée à l'état de compte avec le message 390 - *La raison de réparation est absente. Il est obligatoire d'inscrire une raison de réparation pour chaque demande facturée en nature de réparation.*

Pour les demandes du **Titre Deuxième** :

- code débutant par un 4 : la demande sera refusée à l'état de compte avec le message 390
- code débutant par un 7 : la demande ne pourra être reçue par le SELAT. Le message suivant sera retourné par le SELAT : *La raison de réparation doit être renseignée pour une nature 33 (ou 34, selon le cas)*

5.3.12 Renseignements complémentaires

Inscrire dans cette section tout renseignement nécessaire à l'appréciation de la demande, par exemple :

- Le poids de la personne lorsqu'elle est âgée de trois ans et plus pour l'attribution d'une poussette de type « Buggy Major », selon l'article 54 paragraphe 2^o;
- Le diagnostic pertinent;
- Le port recommandé de l'appareil, tel que rédigé sur l'ordonnance médicale;
- La justification sommaire d'une demande de considération spéciale;
- La justification du non-respect du délai de facturation (90 jours);
- Les raisons d'annulation d'une demande;
- Les soupçons d'usage abusif ou négligent de l'appareil;
- Les circonstances d'un bris accidentel;
- Le type de chaussure pour la facturation de surélévations ou d'étrier;
- L'estimé des coûts de main-d'œuvre lorsque l'aide ou le composant doit être remplacé (atteinte du 80%);
- Etc.

Recours possible

L'article 38.7 de la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM) prévoit qu'un laboratoire peut contester devant le Tribunal administratif du Québec toute décision relative à l'application des articles 38.1 à 38.5, et ce, dans les 60 jours suivant la décision.

Toutefois, les articles 38.1 à 38.5 de la LAM ne s'appliquent pas aux établissements publics.