18 janvier 2024

Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème

GUIDE DE FACTURATION

- Laboratoires d'orthèses-prothèses
- Établissements de réadaptation en déficience physique

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

Table des matières

Introduction **1**

1 Personnes assurées **3**

1.1 Définition 3

1.2 Carte d'assurance maladie 3
1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie 3
1.2.2 Modèles de la carte 3
1.2.3 Vérification de la carte (validité) 5
1.2.4 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie 6

1.3 Dossier de la personne assurée 6

2 Dispensateurs **8**

2.1 Comment devenir un dispensateur accrédité 8

2.2 Liste des laboratoires autorisés 8

2.3 Liste des établissements publics autorisés 8

3 Décret, programme et entente **9**

3.1 Texte du décret 9

3.2 Texte du programme 10

3.3 Texte de l'entente 13

3.4 Texte de l'entente 2021-01 17

4 Facturation des vêtements de compression, des accessoires pour vêtements de compression et des bandages (aides) **21**

4.1 Modes de facturation 21
4.1.1 Service en ligne des aides techniques (SELAT) 21
4.1.2 Documents à conserver 21
4.1.3 Envoi des pièces justificatives 22
4.1.4 Délai de facturation 22

4.2 Information exigée pour le traitement d'une demande 23
4.2.1 Types de demande 23
4.2.2 Demande en référence 24
4.2.3 Dispensateur 24
4.2.4 Payer à la personne assurée 24
4.2.5 Personne assurée 25
4.2.6 Aides 25
4.2.7 Renseignements complémentaires 25

4.3 Rétroaction aux personnes assurées 26

4.4 Rétroaction à la succession d'une personne assurée décédée 26

5 Paiement **27**

5.1 Modes de paiement 27
5.1.1 Comment adhérer au virement automatique ~~dépôt direct~~ 27

5.2 Délai de paiement 27

5.3 État de compte 28
5.3.1 Description 29
5.3.2 Vérification de paiement 30
5.4 Règlement des demandes d'autorisation ou de paiement 30
5.4.1 Demandes d'autorisation 30
5.4.2 Demandes de paiement autorisées au montant demandé 30
5.4.3 Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité 30
5.4.4 Messages explicatifs (codes) 31
6 Renseignements administratifs – Aides assurées 32
6.1 Renseignements généraux 32
6.2 Codes d'aides et montants maximaux 32
6.3 Tableau des vêtements de compression, accessoires et ensembles de bandages multicouches (liste en vigueur le 1er janvier 2024) 33
6.4 Tableau des vêtements de compression, accessoires et ensembles de bandages multicouches (liste en vigueur le 1er janvier 2023) 36
7 Pour de l'assistance ou des questions 39

Les surlignements en jaune impliquent qu'une modification a été apportée au texte au moment de la publication. Si le titre d'une section est surligné, cela signifie que l'ensemble de la section a été modifié. Autrement, seul le texte modifié est surligné.

Occasionnellement, du texte peut être raturé en rouge. Il s'agit de texte retiré dont l'application n'est plus en vigueur au moment de la dernière publication. La RAMQ choisit de raturer le texte au lieu de le retirer afin d'attirer l'attention du dispensateur sur une modification significative.

Introduction

Le manuel du programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (programme) vise à renseigner les dispensateurs sur les modalités d'application de ce programme.

À cet égard, il contient notamment, la liste des dispensateurs, les textes de l'accord, du décret et des ententes, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement.

Lorsque le texte du manuel est modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes originaux lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un accord ou un décret.

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour du manuel, les infolettres (vous pouvez vous abonner au fil RSS), les formulaires, les services en ligne et davantage.

1 PERSONNES ASSUREES

1.1 Définition

Tout résident du Québec inscrit à la RAMQ et qui est atteint de lymphœdème primaire ou secondaire est admissible au Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (programme)

1.2 Carte d'assurance maladie

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

1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

- Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
- Prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro séquentiel de la carte;
- Date d'expiration de la carte;
- Date de naissance et sexe de la personne assurée;
- Photographie et/ou signature;
- Hologramme;
- Code à barres.

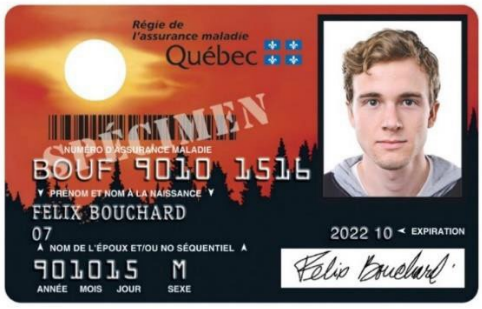
1.2.2 Modèles de la carte

Différents modèles de carte peuvent être présentés et il est important de vérifier la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

Avec photo et signature

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018



Verso avec code à barres

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

La carte avec photo et signature est délivrée lors d'un renouvellement à la plupart des personnes assurées.

Sans photo et sans signature

Un seul modèle de carte est délivré depuis le 24 janvier 2018 pour la personne assurée qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Elle est âgée de moins de 14 ans;
- Elle est âgée de 75 ans ou plus;
- Elle est hébergée en établissement;
- Elle est exemptée de l'obligation de fournier sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Sans photo, avec signature

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

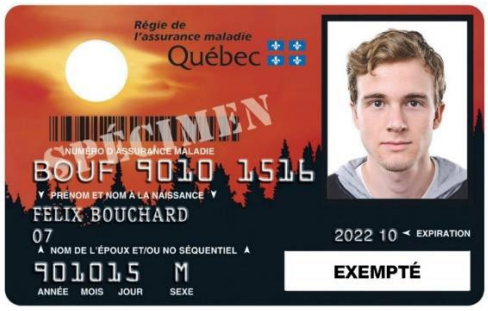
2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

Cette carte porte la mention *Valide sans photo* ou *Exempté* dans l'espace 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.

Avec photo, sans signature

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018

2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018



Cette carte porte la mention *Valide sans signature* ou *Exempté* dans l'espace 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.

1.2.3 Vérification de la carte (validité)

Lorsque la personne assurée présente sa carte d'assurance maladie, celle-ci doit être **valide**, quel que soit le modèle de carte.

Les éléments suivants doivent être vérifiés.

- Photo et de la signature, s'il y a lieu

  Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier qu'il s'agit bien de la carte de la personne à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature. **Sinon**, la personne doit payer le coût des services fournis.

- Date d'expiration

  a) **Si la date d'expiration est postérieure à la date des services**, sur la demande de paiement, inscrire le numéro d'assurance maladie dans le champ prévu à cet effet;

  b) **Si la date d'expiration est antérieure à la date des services**, aviser la personne assurée d'obtenir une carte valide auprès de la RAMQ, avant de lui rendre les services demandés. La personne doit payer le coût des services fournis.

1.2.4 Personne assurée ne pouvant pas présenter sa carte d'assurance maladie

1. Lorsqu'une personne assurée est dans l'impossibilité de présenter sa carte d'assurance maladie, les services peuvent être facturés à la RAMQ dans les circonstances suivantes :

Circonstances	Informations à fournir
L'enfant est âgé de moins d'un an.	• I**nscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère de l'enfant**; • I**nscrire sur la demande de paiement** le **nom**, le **prénom,** la **date de naissance**, **le sexe** de l'enfant et l'adresse (si connue); • S**i l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case** *Prénom* « **nouveau-né** »; • S'**il s'agit de naissances multiples,** ajouter **la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case *Renseignements complémentaires* (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.)**.
La personne assurée est admise dans un centre de réadaptation ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir des soins de longue durée.	• Inscrire sur la demande de paiement le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse dans la section ***Renseignements complémentaires*.**

2. **Dans tous les autres cas**, la personne doit payer elle-même le coût des services rendus.

1.3 Dossier de la personne assurée

Aux fins de l'administration du programme, les **dispensateurs autorisés** doivent constituer, pour chaque personne assurée, un **dossier** devant comprendre les documents suivants :

a) l'original de l'ordonnance médicale[1];
b) toutes les demandes transmises à la RAMQ par le service en ligne des aides techniques (SELAT) ou en format papier, peu importe le type de demande;
c) l'original du formulaire Confirmation et autorisation de la personne assurée (4146) ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment rempli et signé;
d) tout document requis en vertu de l'entente (voir la section 3.3);
e) tout document demandé par la RAMQ et nécessaire à l'analyse d'une demande.

[1] Les ordonnances rédigées par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) sont acceptées depuis le 29 juin 2022 dans le cadre du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du Lymphœdème. Cette directive est donnée à la suite de la réception d'une lettre du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Remarque : L'exigence de l'obtention d'une déclaration signée de la personne assurée, indiquant qu'elle confirme avoir reçu le bien ou le service et qu'elle autorise la RAMQ à verser au dispensateur le paiement demeure. Cependant, cette déclaration signée n'a pas à être fournie à la RAMQ sauf sur demande. Le formulaire 4146 permet de faire signer la personne assurée à chaque dispensation de service. Il est disponible sur le site Web de la RAMQ à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.Tout autre document ayant la même teneur et comportant les mêmes informations peut être utilisé.

Conserver au dossier de la personne assurée les pièces justificatives d'une aide fournie durant une période de six ans suivant la demande relative à cette aide (voir le point 12 de l'entente).

2 DISPENSATEURS

2.1 Comment devenir un dispensateur accrédité

Pour participer au programme, le dispensateur doit d'abord détenir un permis de laboratoire délivré à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il doit ensuite signer l'entente lui permettant de traiter avec la RAMQ.

L'accord prévoit que les laboratoires et les établissements devront satisfaire aux exigences suivantes :

- Détenir un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- Le prothésiste, l'orthésiste ou le technicien en orthèses-prothèses qui prend les mesures de tous vêtements de compression doit avoir suivi une formation offerte par le fabricant du vêtement de compression visé;
- Le laboratoire ou l'établissement doit signer une entente avec la RAMQ.

Entente lymphœdème

Le directeur du laboratoire ou le président directeur-général de l'établissement doit signer 2 copies de l'Entente et nous les faire parvenir à l'adresse suivante :

Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Une fois les ententes signées par la personne responsable à la RAMQ, l'inscription du dispensateur sera effectuée dans le SELAT et la facturation pourra débutée.

2.2 Liste des laboratoires autorisés

La liste des laboratoires autorisés pour le lymphœdème est disponible sur le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca

Pour la consulter, accéder à la section *Professionnels*, cliquer sur *Laboratoires d'orthèses-prothèses*, puis sur *Laboratoires d'orthèses privés autorisée pour le lymphœdème,* dans le menu de gauche.

2.3 Liste des établissements publics autorisés

La liste des établissements publics autorisés pour le lymphœdème est disponible sur le site Internet de la RAMQ à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca

Pour la consulter, accéder à la section *Professionnels*, cliquer sur Établissements de réadaptation en déficience physique, puis sur *Établissements autorisée pour le lymphœdème,* dans le menu de gauche.

3 DECRET, PROGRAMME ET ENTENTE

Le Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème est régi par le Décret 1195-2018 du 15 août 2018, dont le texte est reproduit à la section 3.1. Ce décret remplace le Décret 614-2013 du 12 juin 2013.

3.1 Texte du décret

CONCERNANT le Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème

---ooo0ooo---

ATTENDU QUE le paragraphe *h* de l'article 3 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes et de services en fonction des besoins des individus, des familles et des autres groupes;

ATTENDU QUE le premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R- 5) prévoit que la Régie de l'assurance maladie du Québec a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie;

ATTENDU QUE le quinzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) prévoit que la Régie assume le coût des services et des biens prévus aux programmes qu'elle administre en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les conditions et modalités prévues à ces programmes;

ATTENDU QUE le premier alinéa de l'article 2.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec prévoit que la Régie récupère, du ministère ou de l'organisme intéressé, le coût des services et des biens qu'elle assume en vertu d'un programme que la loi ou le gouvernement lui confie, dans la mesure où ce programme le prévoit;

ATTENDU QU' en vertu du décret numéro 614-2013 du 12 juin 2013, le gouvernement a confié à la Régie l'administration et l'application du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème pour lequel elle devait en assumer les coûts, conformément aux dispositions d'un accord à être conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie, dont le texte était substantiellement conforme au projet joint à la recommandation ministérielle de ce décret;

ATTENDU QU'un tel accord a été conclu le 17 janvier 2014;

ATTENDU QU'il y a lieu de remplacer ce programme;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux :

QUE soit confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec le Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème, annexé au présent décret;

QUE le présent décret remplace le décret numéro 614-2013 du 12 juin 2013.

3.2 Texte du programme

PROGRAMME RELATIF AUX BANDAGES ET AUX VÊTEMENTS DE COMPRESSION NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DU LYMPHŒDÈME

1. Toute personne doit, pour être admissible au présent programme, être une personne assurée au sens du paragraphe *g*.1 du premier alinéa de l'article 1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), c'est-à-dire une personne qui réside ou qui séjourne au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et être atteinte d'un lymphœdème de nature primaire ou secondaire.

2. Dans le présent programme, on entend par :

« accessoire pour vêtements de compression » : un accessoire prévu à la section « Accessoires pour vêtements de compression » des annexes I et II du présent programme;

« dispensateur signataire d'une entente » : tout dispensateur ayant conclu une entente avec la Régie dans le cadre du programme et pour lequel cette entente est en vigueur au moment où la fourniture est acquise;

« ensemble de bandages » : les bandages multicouches nécessaires au traitement de la phase aigüe d'un lymphœdème pour un membre donné parmi ceux énumérés prévus à la section « Bandages » des annexes I et II du présent programme;

« membre atteint » : toute partie du corps pouvant être affectée par un lymphœdème;

« vêtement de compression » : un vêtement de compression nécessaire au traitement de la phase chronique d'un lymphœdème parmi ceux énumérés prévus à la section « Vêtements de compression » des annexes I et II du présent programme.

3. Les fournitures prévues par le présent programme sont fournies par un dispensateur sur présentation, par la personne admissible, lors de sa première demande à l'égard d'un membre atteint, d'une ordonnance médicale faisant état du diagnostic de lymphœdème et du membre atteint, rédigée par un médecin membre du Collège des médecins du Québec ou d'un organisme équivalent d'une autre province ou d'un territoire, ou un titulaire d'une carte de stage délivrée par le secrétaire du Collège des médecins du Québec ou d'un organisme équivalent d'une autre province ou d'un territoire, autorisé à rédiger une telle ordonnance.

4. La personne admissible qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide, selon le cas, à un dispensateur signataire d'une entente ou encore la

personne qui s'approvisionne auprès d'un dispensateur qui n'est pas un dispensateur signataire d'une entente doit payer le coût des fournitures.

Cette personne doit, pour bénéficier du présent programme, présenter une demande de remboursement à la Régie en utilisant le formulaire prévu à cette fin accompagné d'une copie de l'ordonnance médicale, d'une facture détaillant la fourniture achetée et d'une preuve de paiement.

Lorsque la Régie lui en fait la demande, la personne admissible doit en outre produire ou veiller à ce que soit produit tout autre document nécessaire à l'appréciation de sa demande de remboursement.

5. La personne admissible visée à l'article 4 n'a droit d'exiger de la Régie le remboursement du coût d'une fourniture que si elle transmet sa demande de remboursement dans un délai de douze mois suivant la date de l'achat.

   La Régie peut considérer une demande de remboursement transmise après l'expiration de ce délai si la personne admissible démontre qu'elle a été, en fait, dans l'impossibilité de présenter sa demande de remboursement plus tôt.

6. Pour un membre atteint donné d'une personne admissible âgée de 18 ans ou plus, la Régie rembourse, par période de douze mois, un seul ensemble de bandages multicouches, un seul accessoire pour vêtements de compression, un seul vêtement de compression de nuit, trois vêtements de compression élastiques pour le jour et un seul vêtement de compression non élastique.

7. Pour un membre donné d'une personne admissible âgée de moins de 18 ans, la Régie rembourse, par période de douze mois, deux ensembles de bandages multicouches, deux accessoires pour vêtements de compression, deux vêtements de compression de nuit, six vêtements de compression élastiques pour le jour et deux vêtements de compression non élastique.

8. Lorsqu'un membre atteint nécessite le port simultané de vêtements de compression différents, la Régie rembourse une unité de chacun des vêtements de compression devant être portés simultanément conformément aux modalités prévues par les articles 6 ou 7, selon que la personne est âgée de 18 ans ou plus ou de moins de 18 ans.

9. La période de douze mois visée aux articles 6 et 7 se compile à compter de la date d'achat du dernier ensemble de bandages, vêtement de compression ou accessoire pour vêtement de compression du même type pour le même membre.

10. Ne sont pas couverts par le programme, les bandages, les vêtements de compression et les accessoires pour vêtements de compression pour lesquels la personne admissible reçoit ou aurait droit de recevoir une prestation en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada autre que la Loi canadienne sur la santé (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-6) ou en vertu d'une loi d'une autre province du Canada ou d'un autre pays, sauf si elle y a droit en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1), de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1), de la Loi sur les accidents du travail (chapitre A-3) ou de la Loi sur les accidents du travail et des maladies

professionnelles (chapitre A-3.001), auquel cas les montants prévus au présent programme demeurent remboursables.

11. La Régie n'assume que 75 % du coût réel ou le coût maximal prévu à l'annexe I, selon le moins élevé des montants, d'un ensemble de bandages, d'un vêtement de compression ou d'un accessoire pour vêtement de compression. Toutefois, dans le cas d'une personne admissible âgée de moins de 18 ans ou d'un membre d'une famille admissible à un programme d'aide financière de dernier recours ou au Programme objectif emploi prévus à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1), la Régie assume le coût réel ou le coût maximal prévu à l'annexe II, selon le moins élevé des montants.

12. Les coûts prévus aux annexes I et II tiennent compte des frais de consultation, de prise de mesures, de fabrication et d'enseignement de la mise en place appropriée du vêtement de compression par le dispensateur.

13. Les coûts prévus aux annexes I et II pour les bandages multicouches incluent ceux des biens nécessaires à leur application, le cas échéant.

14. Les coûts prévus aux annexes I et II sont indexés de plein droit le 1er janvier de chaque année suivant le taux d'augmentation de l'indice des rentes établi en conformité de l'article 117 de la Loi sur le régime de rentes du Québec (chapitre R-9).

15. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie peuvent procéder à la révision du programme et convenir de toute modification, par entente écrite, dans la mesure où ces modifications respectent le cadre financier et les orientations du programme.

16. Le Ministre rembourse à la Régie, selon les modalités qu'ils conviennent, les sommes versées aux termes du présent programme ainsi que les frais de développement et d'administration du programme. De plus, le Ministre assume les heures rémunérées pour les effectifs additionnels requis.

17. Un dispensateur signataire d'une entente ou une personne admissible visée à l'article 4 ne peut exiger ni recevoir de la Régie que les paiements ou les remboursements prévus par le présent programme.

18. La Régie récupère tout montant qui aurait été versé indûment à titre de paiement ou de remboursement en vertu du présent programme, lorsque le dispensateur signataire d'une entente ou la personne admissible a bénéficié d'une somme supérieure à celle qu'ils étaient en droit d'obtenir ou lorsqu'ils ont bénéficié d'un paiement ou d'un remboursement alors qu'ils n'y avaient pas droit.

    Le recouvrement des montants indûment payés se prescrit par cinq ans à compter de la date du versement du paiement ou du remboursement par la Régie. En cas de fausses déclarations, il se prescrit par cinq ans à compter de la date où la Régie a eu connaissance du fait qu'une personne était inadmissible à recevoir un paiement ou un remboursement, mais au plus tard 10 ans après l'achat de la fourniture.

19. La Régie fournit au Ministre des rapports périodiques sur les sommes remboursées en vertu du présent programme, selon les modalités dont ils peuvent convenir. Ces rapports ne comportent pas de renseignements personnels, à moins d'ententes conclues conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A 2.1).

20. La Régie diffuse sur son site Internet le présent programme dans les 30 jours de sa prise d'effet. Elle diffuse également sur son site Internet, dans un délai de 30 jours de leur prise d'effet, toute modification au programme.

21. Le présent programme prend effet le 22 août 2018.

3.3 Texte de l'entente

ENTENTE

ENTRE :

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale instituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5), ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec, (Québec), G1S 1E7, représentée par Mme Sonia Marceau, directrice générale par intérim des relations avec la clientèle et de la gestion des programmes.

(ci-après la « Régie »)

ET

LE DISPENSATEUR CONNU ET DÉSIGNÉ SOUS LE NOM DE :

_____

(lettres moulées)

Ayant son siège social au :

_____

_____,

Représenté par _____ ;

Numéro de permis délivré par le MSSS : _____ ;

Numéro de dispensateur attribué par le Régie : 95_____ ;

(ci-après « le Dispensateur »)

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe *b* du deuxième alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre A-29), la Régie doit notamment contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes de même que les paiements ou remboursements faits, selon le cas, aux établissements, aux laboratoires, à la personne qui a dispensé le service ou fourni le bien ou à la personne qui l'a reçu;

ATTENDU QU'en vertu du décret 1195-2018 du 15 août 2018 la Régie administre, applique et assume les coûts du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (ci-après « le Programme »);

ATTENDU QUE dans le cadre de l'administration et de l'application de ce Programme, la Régie peut conclure des ententes avec des dispensateurs quant au paiement de ce dernier aux conditions prévus au Programme;

ATTENDU QUE la Régie et le dispensateur désirent conclurent une telle entente;

EN CONSÉQUENCE, les parties conviennent de ce qui suit :

1. **LA RÉGIE S'ENGAGE À :**

1º Payer le dispensateur dans les 45 jours de la réception de la demande de paiement pour la fourniture de biens assurés visés par le Programme conformément aux dispositions qui y sont prévues, sauf s'il est sous vérification en vertu de la Loi sur le Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5);

2º Répondre au dispensateur dans les 15 jours de la réception de la demande d'autorisation pour l'attribution d'un vêtement sous considération spéciale dans la mesure où les documents justificatifs auront été soumis dans les cinq jours suivant l'envoi de la demande d'autorisation.

2. **LE DISPENSATEUR S'ENGAGE À :**

À l'égard d'une fourniture visée au Programme :

1º S'assurer que la personne assurée est titulaire d'une carte d'assurance maladie ou d'un carnet de réclamation valides;

2º Exiger de la personne assurée qu'elle paie le coût total d'une fourniture uniquement lorsqu'elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valides;

3º S'assurer que la personne assurée produise, lors de sa première demande, une ordonnance médicale dûment complétée faisant état du diagnostic de lymphœdème et du membre atteint rédigée par une personne autorisée en vertu du Programme;

4º Vérifier dans le dossier de la personne assurée du Service en ligne des aides techniques (SELAT) de la Régie si le nombre de fournitures remboursables pour l'année est atteint;

5º S'assurer que l'employé du dispensateur qui prend les mesures de tout vêtement de compression ait suivi la formation offerte par le fabricant du vêtement de compression visé ainsi que toute autre formation ou mise à jour exigée par la Régie;

6º Obtenir une confirmation écrite et signée de la personne assurée indiquant la fourniture qu'elle a reçue ainsi que la date de réception et qu'elle autorise la Régie à verser au dispensateur le paiement qu'elle a droit d'exiger en vertu du Programme;

7º Transmettre à la Régie, dans les 90 jours de la date des services, la demande de paiement ou la demande d'autorisation par voie électronique;

8º Pour une demande de considération spéciale, une demande relative à une aide consistant en la mention « C.S. » ou une demande d'autorisation préalable concernant un vêtement sous considération spéciale visé au Programme :

a) Fournir les pièces justificatives et les renseignements suivants :

i) Le nom du fournisseur, la marque de commerce et le modèle ;

ii) Le prix de vente suggéré par le fournisseur ;

iii) L'illustration ou la photo de l'aide ;

b) Transmettre l'original ou une copie des pièces justificatives dans les cinq jours suivant la transmission d'une telle demande à la Régie;

9º Utiliser le numéro de dispensateur qui lui a été attribué par la Régie pour transmettre une demande de considération spéciale, une demande relative à une aide consistant en la mention « C.S. », une demande d'autorisation préalable ou une demande de paiement;

10º En aucun cas, utiliser le numéro d'un autre dispensateur ou permettre que soit utiliser son numéro de dispensateur pour toute demande à la Régie;

11º Constituer et tenir à jour un dossier distinct pour chaque personne assurée, qui contient notamment l'ordonnance médicale visée au paragraphe 3, la confirmation visée au paragraphe 6, ainsi que les renseignements et pièces justificatives visés au paragraphe 8 du présent article;

12º conserver chaque dossier et les pièces à l'appui pendant une période de six ans après la dernière année où un paiement a été réclamé pour cette personne;

13º transmettre à la Régie, à sa demande, l'original ou la copie d'une pièce justificative ou d'un document dans le délai suivant, selon le cas :

a) Dans le cas d'une demande concernant une pièce justificative à l'appui d'une demande de paiement, dans les 15 jours suivant la demande de la Régie;

b) Dans tout autre cas, dans le délai indiqué par la Régie.

14º Rembourser à la Régie tout montant qui lui aurait été versé indûment dans un délai de 30 jours suivant la réception d'un avis de décision de la Régie à cet effet;

15º Dans le cas où la personne assurée décède avant la prise de possession d'une fourniture sur mesure, transmettre à la Régie une demande de paiement visant seulement cette fourniture en y indiquant, comme date de service, la date de la prise de mesure.

3. **PRISE D'EFFET DE L'ENTENTE**

La présente entente prend effet le jour de sa signature. Une partie peut y mettre fin en tout temps en transmettant à l'autre un avis écrit à cet effet de 30 jours.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé en double exemplaire.

À _____ , le _____ jour du mois de _____ 20 _____

_____ _____

Nom Titre

_____

Signature

Représentant autorisé du dispensateur

À Québec, le _____ jour du mois de _____ 20 _____

_____

Mme Sonia Marceau,

Directrice générale par intérim des relations avec la clientèle et de la gestion des programmes.

Vice-présidence aux services aux personnes assurées

Régie de l'assurance maladie du Québec

3.4 Texte de l'entente 2021-01

ENTENTE 2021-01 CONCERNANT LE PROGRAMME RELATIF AUX BANDAGES ET AUX VÊTEMENTS DE COMPRESSION NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DU LYMPHOEDÈME

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du gouvernement du Québec, dont les bureaux d'affaires sont situés au 1075, chemin Sainte-Foy, Édifice Catherine-De Longpré, Québec (Québec) G1S 2M1, représenté par madame Dominique Savoie, sous-ministre;

ci-après nommé le « Ministre »

ET

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale instituée en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5), ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec), G1S 1E7, représentée par monsieur Marco Thibault, président-directeur général, dûment autorisé;

ci-après nommée la « Régie »

ATTENDU QUE, par le décret numéro 1195-2018 du 15 août 2018, le gouvernement du Québec a confié à la Régie le Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 15 de ce programme, le Ministre et la Régie peuvent notamment convenir de toute modification, par entente écrite, dans la mesure où ces modifications respectent le cadre financier et les orientations du programme;

ATTENDU QUE le Ministre et la Régie ont constaté que certains coûts prévus aux annexes I et II du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème comportent des erreurs et doivent être corrigés.

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'article 16 du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème est modifié par le remplacement des mots « selon les modalités qu'ils conviennent » par les mots « sur présentation de factures ».

2. L'article 19 de ce programme est modifié par le remplacement de la première phrase par la suivante :

« La Régie fournit au ministre, à sa demande, des rapports sur les sommes remboursées en vertu du présent programme. ».

3. L'annexe I de ce programme est modifiée par le remplacement des coûts relatifs aux vêtements suivants qui tiennent compte de l'indexation des coûts au 1er janvier de chaque année prévue à l'article 14 de ce programme :

«

Vêtements de compression élastiques – Prêt-à-porter	
Bas au genou, pointe ouverte (paire)	102,66 $
Bas au genou, pointe fermée (paire)	102,66 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte (paire)	134,24 $
Bas à la cuisse, pointe fermée (paire)	134,24 $
Vêtements de compression élastiques – Sur mesure	
Bas au genou, pointe ouverte (paire)	173,72 $
Bas au genou, pointe fermée (paire)	173,72 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte (paire)	221,10 $
Bas à la cuisse, pointe fermée (paire)	221,10 $

»;

par ce qui suit :

«

Vêtements de compression élastiques – Prêt-à-porter	
Bas au genou, pointe ouverte	51,33 $
Bas au genou, pointe fermée	51,33 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte	67,12 $
Bas à la cuisse, pointe fermée	67,12 $
Vêtements de compression élastiques – Sur mesure	
Bas au genou, pointe ouverte	165,83 $
Bas au genou, pointe fermée	165,83 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte	217,16 $
Bas à la cuisse, pointe fermée	217,16 $

»;

4. L'annexe II de ce programme est modifiée par le remplacement des coûts relatifs aux vêtements suivants qui tiennent compte de l'indexation des coûts au 1er janvier de chaque année prévue à l'article 14 de ce programme :

«

Vêtements de compression élastiques – Prêt-à-porter	
Bas au genou, pointe ouverte (paire)	136,88 $
Bas au genou, pointe fermée (paire)	136,88 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte (paire)	178,98 $
Bas à la cuisse, pointe fermée (paire)	178,98 $
Vêtements de compression élastiques – Sur mesure	
Bas au genou, pointe ouverte (paire)	231,63 $
Bas au genou, pointe fermée (paire)	231,63 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte (paire)	294,80 $
Bas à la cuisse, pointe fermée (paire)	294,80 $

»;

par ce qui suit :

«

Vêtements de compression élastiques – Prêt-à-porter	
Bas au genou, pointe ouverte	68,44 $
Bas au genou, pointe fermée	68,44 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte	89,49 $
Bas à la cuisse, pointe fermée	89,49 $
Vêtements de compression élastiques – Sur mesure	
Bas au genou, pointe ouverte	221,12 $
Bas au genou, pointe fermée	221,12 $
Bas à la cuisse, pointe ouverte	289,56 $
Bas à la cuisse, pointe fermée	289,56 $

»;

5. La présente entente entre en vigueur à la dernière date de signature de l'entente par l'une des parties. Toutefois, les modifications prévues aux articles 3 et 4 ont effet depuis le 22 août 2018.

6. **Signatures**

Les parties reconnaissent avoir lu et accepté toutes et chacune des clauses de l'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé la présente entente, en deux exemplaires, à l'endroit et aux dates ci-dessous indiqués.

POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX :

À Québec,

le _____ 2021

_____

Dominique Savoie
Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

POUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC :

À Québec,

le _____ 2021

_____

Marco Thibault

Président-directeur général

4 FACTURATION DES VETEMENTS DE COMPRESSION, DES ACCESSOIRES POUR VETEMENTS DE COMPRESSION ET DES BANDAGES (AIDES)

Cette section a pour but d'informer les dispensateurs autorisés qui peuvent obtenir le paiement des aides fournies aux personnes assurées admissibles au Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (programme). Les informations portent sur les modes de facturation et plus spécifiquement, sur la façon de remplir le formulaire papier *Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème* (4250).

Les renseignements nécessaires au traitement d'une demande de paiement, d'annulation ou d'autorisation sont ceux exigibles en vertu de la Loi sur l'assurance maladie et de l'entente (voir la section 3 de ce manuel).

4.1 Modes de facturation

4.1.1 Service en ligne des aides techniques (SELAT)

Les dispensateurs autorisés peuvent utiliser le SELAT pour rédiger et soumettre par Internet, en toute sécurité, leurs demandes relatives à la facturation des aides couvertes par le programme.

Pour effectuer des transactions, il faut cependant obtenir de la RAMQ 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 RAMQ au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, 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 Lymphœdème*, selon le cas, pour poursuivre votre recherche.

L'utilisation de la version électronique du guide est recommandée puisque son contenu est évolutif.

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

Centre de relations avec les professionnels :

Veuillez communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels uniquement pour vos questions concernant :

- les accès au système SELAT;
- le téléchargement d'un état de compte;
- le changement d'adresse de votre bureau.

4.1.2 Documents à conserver

Aux fins de l'administration du programme, les dispensateurs doivent constituer, pour chaque personne assurée bénéficiant du programme, un dossier devant comprendre les documents énumérés à la section 1. Personnes assurées du Manuel (voir section 1.3) et les fournir à la RAMQ sur demande.

Conserver au dossier les pièces justificatives d'une aide fournie durant une période de six ans après la dernière année où un paiement a été réclamé pour cette personne.

4.1.3 Envoi des 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 RAMQ ou le numéro **d'assurance maladie de la personne assurée**.

Directement dans le SELAT :

Le 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.

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 :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Programme lymphœdème – DGRCGP
C.P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur :

418 266-6489

4.1.4 Délai de facturation

Le dispensateur est tenu de soumettre une demande de paiement 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 RAMQ, une prolongation pourrait être accordée.

4.2 Information exigée pour le traitement d'une demande

4.2.1 Types de demande

Il existe 4 types de demandes pouvant être acheminées à la RAMQ. Chaque demande ne peut contenir qu'un seul type choisi parmi les suivants :

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

4.2.1.1 Paiement

Le paiement peut être demandé pour l'achat de vêtements de compression, d'accessoires pour vêtements de compression ou d'ensemble de bandages figurant à la section 6. Renseignements administratifs.

Lorsque le vêtement est absent de la liste en vigueur, une demande d'autorisation doit être présentée au préalable (voir point 4.2.1.3).

Une demande de paiement qui contient au moins un vêtement en considération spéciale (C.S.), sans numéro d'autorisation en référence, sera refusée (voir point 4.2.1.3).

Demande de paiement liée à une demande d'autorisation

La demande de paiement présentée **après avoir obtenu une autorisation** de la RAMQ doit comporter les mêmes informations que la demande d'autorisation. Seule la *DATE DE SERVICE* peut être modifiée par la date réelle des services rendus. Le numéro de demande d'autorisation doit apparaître dans le champ *DEMANDE EN RÉFÉRENCE*.

4.2.1.2 Annulation d'une demande

Pour annuler une demande de paiement après sa transmission à la RAMQ, suivre les étapes suivantes :

1. Choisir le type de demande « Annulation »;
2. Inscrire le numéro de la demande devant être annulée dans le champ *DEMANDE EN RÉFÉRENCE*;
3. 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 RAMQ. Si des corrections ou des modifications s'avèrent nécessaires, il est essentiel d'annuler la demande puis de terminer le processus en suivant les 2 étapes suivantes :

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

Pour annuler une demande d'autorisation :

Si une nouvelle DAU est envoyée, inscrire dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* : Remplace la DAU 100xxxxxxx.

Dans le cas où la DAU ne sera pas transmise de nouveau, envoyer le numéro à 10 chiffres de la DAU ainsi que votre numéro de dispensateur à assistance_selat.ramq@ssss.gouv.qc.ca en demandant de l'annuler.

4.2.1.3 Demande d'autorisation (DAU)

La demande d'autorisation est requise uniquement pour une aide en considération spéciale (C.S.). Dans ce cas, inscrire le coût estimé de l'aide dans le champ *MONTANT DEMANDÉ*.

Dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, inscrire le type de vêtement, par exemple : « Mentonnière sur mesure de nuit »

Les documents à joindre à la demande d'autorisation sont :

- L'ordonnance médicale précisant le diagnostic de lymphœdème et le membre atteint, dans le cas d'une première demande;
- La justification pour l'attribution de l'aide en considération spéciale signée et datée par l'ajusteur;
- La soumission du fournisseur pour le vêtement en considération spéciale, incluant une description des options (p. ex : fermeture éclair, fermeture à Velcro, bande de silicone, coutures spéciales, etc.);
- La liste des mesures;
- Quelles parties du corps sont couvertes par le vêtement.

Lorsque la demande d'autorisation est acceptée, présenter une demande de paiement en inscrivant, dans le champ *DEMANDE EN RÉFÉRENCE*, le numéro de la demande d'autorisation attribué sur l'état de compte.

L'autorisation accordée par la RAMQ est **valide pour une période de six mois** à compter de la date de son inscription à l'état de compte. Cette période de six mois est calculée à partir de la date d'inscription à l'état de compte jusqu'à la date de création de la demande de paiement.

4.2.2 Demande en référence

À remplir dans les deux cas suivants : lors d'une demande de paiement liée à une demande d'autorisation ou lors d'une demande d'annulation. Inscrire le numéro de la demande en référence (numéro NCE apparaissant à l'état de compte).

4.2.3 Dispensateur

4.2.3.1 Numéro de permis

Inscrire les six premiers caractères du numéro attribué par la RAMQ commençant par 958 ou par 959.

4.2.3.2 Date de service

Pour une demande de **paiement**, inscrire la date de livraison de l'aide à la personne assurée. Si la personne assurée est **décédée** avant la livraison de l'aide, inscrire la date de la prise de mesure.

S'il y a **plus d'une date de service** pour une même personne assurée, remplir une demande pour chacune des dates de service.

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

Pour une demande d'**autorisation**, inscrire la date de la prise de mesure.

4.2.4 Payer à la personne assurée

Dans l'éventualité où les services rendus dans le cadre du programme ont été payés par la personne assurée **lorsque sa carte d'assurance maladie était perdue ou expirée**, il est possible de demander à la RAMQ de rembourser les services rendus directement à la personne assurée. Dans ce cas, cocher la case prévue à cet effet. Dans les *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, inscrire la raison pour laquelle la personne a payé ses aides.

Si cette case est cochée par erreur, il sera de la responsabilité du dispensateur de services de faire le suivi auprès de la personne assurée.

4.2.5 Personne assurée

4.2.5.1 Numéro d'assurance maladie

Personne assurée se présentant avec sa carte d'assurance maladie valide

Lorsque la personne assurée recevant l'aide se présente avec sa carte d'assurance maladie valide, inscrire son numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères).

4.2.5.2 Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie

Lorsque la personne recevant l'aide a moins d'un an et qu'elle ne possède pas de numéro d'assurance maladie, inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère et les éléments de l'identité de l'enfant (nom, prénom, date de naissance et sexe). Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire « NOUVEAU-NÉ » dans le champ PRÉNOM.

4.2.5.3 Le ou les membres suivants sont atteints de lymphœdème

Lorsqu'une **ordonnance médicale est requise**, c'est-à-dire lorsque la personne assurée demande une aide pour la première fois pour un ou des membres, cocher tous les membres indiqués sur l'ordonnance médicale même si la demande est seulement pour l'un d'entre eux.

Si la demande est refusée, veuillez noter que les membres cochés lors de la demande ne seront pas conservés au SELAT.

4.2.6 Aides

4.2.6.1 Code de l'aide

Inscrire le *CODE DE L'AIDE* (voir la section 6 de ce manuel).

4.2.6.2 Côté

Inscrire le côté de l'aide (G pour gauche, D pour droit ou B pour bilatérale). Si l'aide ne comporte pas de côté (cou/tronc), ne rien inscrire.

4.2.6.3 Montant demandé

Inscrire, dans le champ *MONTANT DEMANDÉ*, le **prix réel de chaque aide** et non le montant maximum prévu au programme.

S'il s'agit d'une demande d'autorisation, inscrire le montant du coût estimé du vêtement C.S.

4.2.6.4 Montant total de la demande

Faire le sous-total des deux colonnes et inscrire le *MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE* dans le champ à cet effet.

4.2.7 Renseignements complémentaires

Utiliser cette section pour donner des renseignements nécessaires à l'appréciation de la demande.

4.2.7.1 Informations <u>obligatoires</u> dans ces cas :

- Raison justifiant le délai de facturation dépassé (90 jours)
- Date de décès de la personne assurée :
  Dans ce cas, la date de service pour la facturation sera la date à laquelle vous avez pris les mesures.
- Justification de la considération spéciale :

  le type de vêtement facturé en considération spéciale (ex. : mentonnière, veste, etc.)

Une courte description du vêtement
Quelle(s) partie(s) du corps est (sont) couverte(s) par le vêtement.

- Justification de la différence des montants si la DPA diffère de la DAU.

4.2.7.2 Inscriptions suggérées dans les cas suivants :

- Nom et numéro du prescripteur lorsque non lisibles sur l'ordonnance médicale
- Tout autre renseignement jugé nécessaire à l'analyse de la demande

4.3 Rétroaction aux personnes assurées

L'entente visant à corriger l'erreur de prix qui s'est glissée lors de l'entrée en vigueur du décret 1195-2018 pour les **bas au genou sur mesure** et les **bas à la cuisse sur mesure** a été conclue le 22 décembre 2021 entre le ministère de la Santé et des Services Sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour les personnes assurées qui ont obtenu des **bas sur mesure** depuis le 22 août 2018, La RAMQ a remboursé la différence entre le prix de l'ancienne liste et le prix de la nouvelle liste payée en trop par la personne assurée, s'il y a lieu.

Les lettres explicatives ont été postées aux personnes assurées le 10 juin 2022.

Les chèques ont été envoyés le **20 juin 2022**.

Le nouveau code **4420000 - Remboursement rétro bas au genou ou à la cuisse sur mesure 2018-2022**, sera inscrit dans la section « Aides » du SELAT dans le dossier des personnes assurées concernées. La date d'attribution inscrite est le 20 juin 2022, soit la date de l'envoi des chèques.

4.4 Rétroaction à la succession d'une personne assurée décédée

Lorsque le dossier de la personne décédée aura été traité, l'aide **4420001 – Remboursement rétro bas au genou ou à la cuisse sur mesure PA décédée 2018-2022** apparaitra dans les aides inactives de son dossier à la date inscrite sur le chèque émis à la succession.

L'information concernant la rétroaction à la succession d'une personne assurée décédée se trouve ici.

5 PAIEMENT

Pour être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le dispensateur doit soumettre sa demande de paiement **dans les 90 jours suivant la date à laquelle la personne assurée a reçu une aide** dans le cadre du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (programme).

5.1 Modes de paiement

Le paiement est effectué par virement automatique ou sous forme de chèque émis à l'ordre du dispensateur pour le compte de la personne assurée. Le paiement peut également être fait par chèque directement à la personne assurée si celle-ci a déjà acquitté les frais lorsque sa carte d'assurance maladie était perdue ou expirée.

Le virement automatique se fait dans les deux jours suivant la date de paiement.

5.1.1 Comment adhérer au virement automatique ~~dépôt direct~~

Il faut d'abord prendre connaissance des Règles régissant le paiement préautorisé au crédit (~~dépôt direct~~ virement automatique) inscrites sur le formulaire *Autorisation de paiement par virement automatique* ~~*bancaire (dépôt direct)*~~ (3812). Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la RAMQ.

Remplir ensuite le formulaire et le faire parvenir :

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
CP 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Ou

Par télécopieur : 418 266-6489

IMPORTANT

Afin de connaître les modalités particulières au virement automatique, voir les coordonnées dans la section *Nous joindre*.

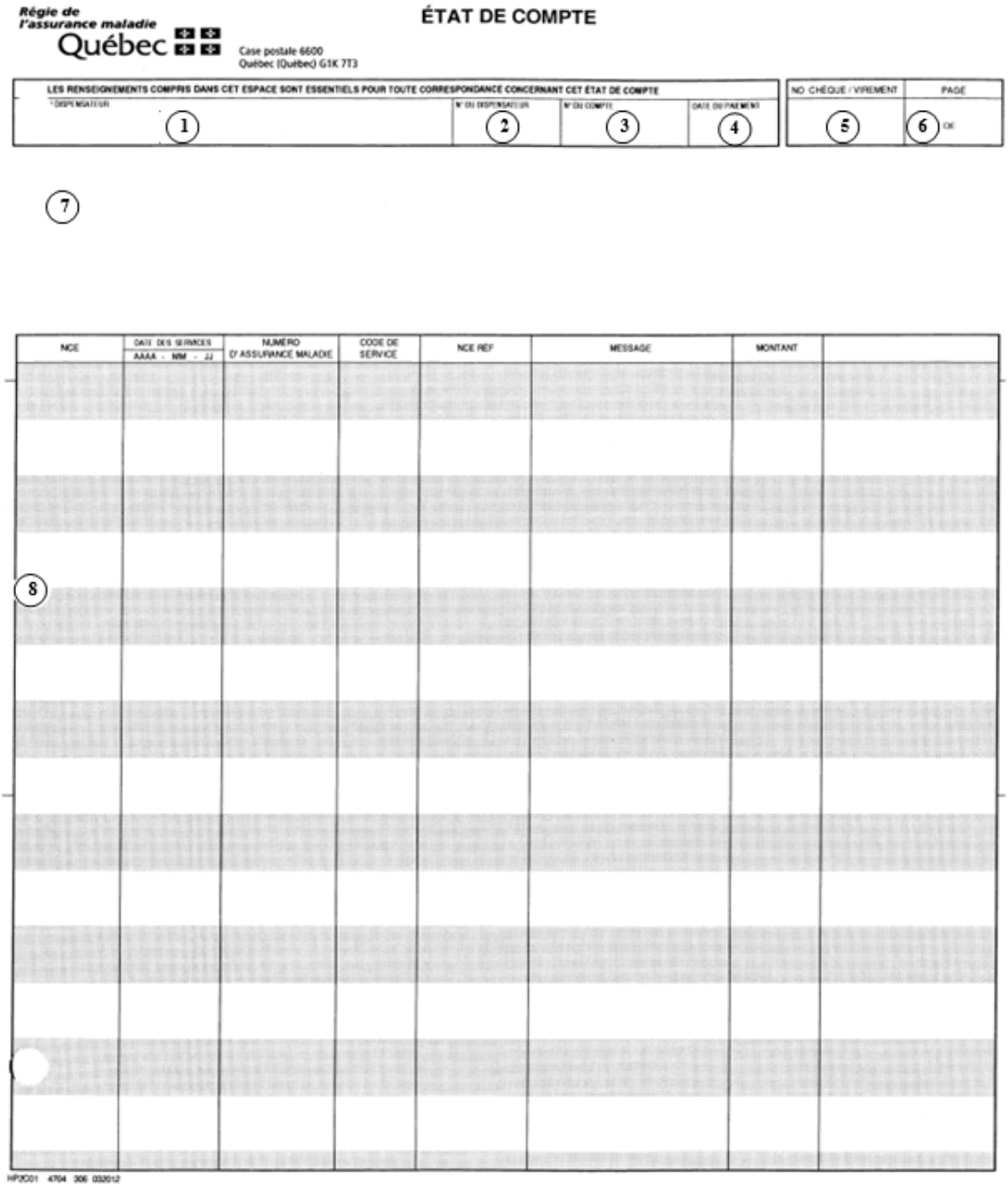
5.2 Délai de paiement

Dans les 45 jours suivant leur réception. La RAMQ effectue le paiement des demandes transmises de façon conforme.

Si une demande ne figure pas sur l'état de compte dans les 45 jours après sa transmission à la RAMQ, elle doit être soumise de nouveau en autant qu'elle respecte le délai de facturation (90 jours de la date de service).

5.3 État de compte

Un état de compte accompagne chaque paiement même si le solde est négatif et qu'aucun chèque n'est émis.



5.3.1 Description

L'état de compte comporte, dans le haut de la page, des renseignements essentiels pour toute correspondance concernant l'état de compte :

1. DISPENSATEUR : nom et prénom du dispensateur de services;
2. N^{O} DU DISPENSATEUR : numéro du dispensateur de services;
3. N^{O} DU COMPTE : numéro du compte administratif dans lequel le paiement a été effectué. Dans le cas contraire, des « 0 » seront inscrits. (Ce service n'est pas disponible pour les laboratoires);
4. DATE DU PAIEMENT : date d'émission du chèque. Le virement bancaire automatique ~~(dépôt direct)~~ est effectué dans les deux jours ouvrables suivant cette date;
5. N^{O} CHÈQUE/VIREMENT : numéro du chèque ou du virement ~~bancaire (dépôt direct)~~ automatique correspondant à cet état de compte, suivi de la lettre « C » pour identifier le mode de paiement par chèque ou la lettre « V » pour identifier le ~~dépôt direct~~ virement automatique;
6. PAGE : pagination de l'état de compte. La page 1 de 8 indique que c'est la 1re page d'un document de 8 pages;
7. NOM ET ADRESSE : nom et adresse postale fournis par le dispensateur pour l'envoi de ses états de compte.

Viennent ensuite les informations relatives aux demandes de paiement, de prises en charge, d'autorisation, d'annulation et de révision qui ont fait l'objet d'une transaction avec la Régie.

Le sommaire des transactions paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- Montant du solde précédent ;
- Montant des demandes de paiement payé tel qu'il a été demandé et payé en partie ;
- Montant des demandes de paiement révisées ;
- Montant relié aux transactions comptables (saisie, faillite, recouvrement d'honoraire, etc.) ;
- Solde à reporter ou montant du chèque ;
- Numéro du message explicatif auquel se référer aux dernières pages de l'état de compte ;
- Frais administratifs.

Les renseignements inscrits à la page 2 et aux pages subséquentes de l'état de compte se présentent selon l'ordre suivant :

- Demandes d'autorisation acceptées, révisées, annulées ou refusées;
- Demandes de paiement payées telles qu'elles ont été demandées, payées en partie, annulées ou refusées;
- Demandes de révision de demandes de paiement et de demandes d'autorisation;
- Description des codes de messages explicatifs inscrits sur l'état de compte. Ces codes paraissent par ordre numérique croissant.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- NCE : numéro de la demande de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de révision;
- DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ : date des services inscrits sur la demande de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de révision;
- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : identification de la personne assurée par tous les caractères de son numéro d'assurance maladie;
- CODE DE SERVICE : code de service selon la liste des services assurées à la date des services;

Remarque : Ce code paraîtra seulement pour identifier une ligne de la demande de paiement, d'autorisation ou de révision faisant l'objet d'un refus.

- NCE RÉF : numéro d'une demande de paiement antérieure ou d'une demande d'autorisation;
- MESSAGE : codes de message figurant sur l'état de compte en regard de chaque demande de paiement, d'autorisation ou de révision à laquelle ils s'appliquent;
- MONTANT : montant du paiement, positif ou négatif, selon le cas.

Remarque : Un message d'information générale, en provenance de la RAMQ, peut également être inscrit dans cet espace.

5.3.2 Vérification de paiement

Vérifier l'état de compte dès sa réception à l'aide des exemplaires des demandes de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de révision transmises à la RAMQ. Il est également possible de consulter les demandes effectuées par le service en ligne des aides techniques (SELAT).

5.4 Règlement des demandes d'autorisation ou de paiement

Chaque demande d'autorisation ou de paiement est analysée par la RAMQ.

La conclusion de cette analyse peut différer en raison des aides facturées en conformité ou non avec la Loi sur l'assurance maladie, ses règlements et les accords en vigueur.

5.4.1 Demandes d'autorisation

Les demandes d'autorisation figurent à l'état de compte avec un ou des messages explicatifs appropriés, sans montant. Elles peuvent être acceptées, révisées, annulées ou refusées.

Le dispensateur qui se voit refuser une demande d'autorisation et qui conteste la décision doit soumettre une nouvelle demande d'autorisation en présence d'éléments nouveaux, ou faire une demande de révision selon les modalités décrites à la section 5.4.4.

5.4.2 Demandes de paiement autorisées au montant demandé

Le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par le dispensateur.

5.4.3 Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité

Lorsque le paiement est **refusé en partie**, le numéro de la demande de paiement (NCE) figure à l'état de compte, suivi du ou des messages explicatifs et du montant payé par la RAMQ.

Lorsque le paiement est refusé en partie, le dispensateur peut :

- Procéder à une demande d'annulation, suivie d'une nouvelle demande de paiement avec les correctifs nécessaires ou;
- Effectuer une demande de révision, **sans qu'aucun élément de la demande initiale soit modifié ou ajouté**.

À noter que le Programme prévoit un paiement de 75 % du coût d'achat avant taxes et frais de livraison, jusqu'à concurrence du montant maximal couvert (100 % du coût d'achat avant taxes et frais de livraison, jusqu'à concurrence du montant maximal couvert dans le cas d'une personne assurée âgée de moins de 18 ans ou d'une personne assurée prestataire d'une aide financière de dernier recours ou participant au programme Objectif emploi).

Lorsque le paiement est **refusé en totalité**, le dispensateur peut :

- Procéder à une nouvelle demande de paiement avec les correctifs nécessaires ou;
- Effectuer une demande de révision, **sans qu'aucun élément de la demande initiale soit modifié ou ajouté**.

Remarque : Une demande de paiement refusée en totalité ou en partie, liée à une demande d'autorisation, doit être annulée pour pouvoir utiliser de nouveau la demande d'autorisation.

Lorsque le paiement est refusé, aucun montant n'est inscrit dans la colonne MONTANT.

Pour connaître la façon de présenter une demande d'annulation ou une nouvelle demande de paiement, voir les sections 4.2.1.1 ou 4.2.1.2 de la section 4.

5.4.4 Messages explicatifs (codes)

La RAMQ utilise un système de codes pour indiquer aux dispensateurs comment ont été traitées leurs demandes de paiement, d'autorisation ou de révision et les informer des motifs justifiant sa décision. Ces codes figurent à l'état de compte en regard de chaque demande à laquelle ils s'appliquent.

La description des messages explicatifs correspondant aux codes inscrits paraît à la fin de l'état de compte.

6 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS – AIDES ASSUREES

La liste des vêtements de compression, d'accessoires pour vêtements de compression et de bandages est en vigueur depuis le 22 août 2018. La RAMQ publie cette liste aux fins de l'administration du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème (programme).

L'objectif général de cette publication est de permettre aux dispensateurs d'identifier les fournitures assurées prescrites et d'en demander le paiement à la RAMQ conformément à l'entente.

6.1 Renseignements généraux

En vertu du programme, la RAMQ assume, pour le compte de toute personne assurée, le montant maximal fixé pour l'achat des fournitures, selon les conditions et modalités prescrites.

6.2 Codes d'aides et montants maximaux

Le tableau ci-dessous comprend le code, la description et le montant maximal des fournitures couvertes par le programme. Le coût d'une fourniture défrayé par la RAMQ correspond au moins élevé des montants suivants :

- 75 % du coût réel de l'aide ;
- le montant maximal inscrit à la **liste I**.

Cependant, lorsque la fourniture est octroyée à un **enfant de moins de 18 ans** ou à une **personne admissible à un programme d'aide financière de dernier recours** ou au **Programme objectif emploi** prévus à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (RLRQ, c. A-13.1.1), le coût de la fourniture défrayé par la RAMQ correspond au moins élevé des montants suivants :

- le coût réel de l'aide;
- le montant maximal prévu à la **liste II**.

6.3 Tableau des vêtements de compression, accessoires et ensembles de bandages multicouches (liste en vigueur le 1er janvier 2024)

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
	Vêtements de compression élastiques — Prêt-à-porter		
4410000	Bas au genou, pointe ouverte	58,62 $	78,15 $
4410031	Bas au genou, pointe fermée	58,62 $	78,15 $
4410001	Bas à la cuisse, pointe ouverte	76,64 $	102,19 $
4410032	Bas à la cuisse, pointe fermée	76,64 $	102,19 $
4410002	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe ouverte	144,28 $	192,37 $
4410033	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe fermée	144,28 $	192,37 $
4410034	Culotte aux genoux	67,63 $	90,17 $
4410035	Culotte capri	112,71 $	150,28 $
4410005	Bas-culotte, pointe ouverte	189,35 $	252,47 $
4410036	Bas-culotte, pointe fermée	189,35 $	252,47 $
4410008	Gantelet sans doigt	90,16 $	120,22 $
4410009	Gant, avec compression aux doigts	162,31 $	216,41 $
4410010	Manchon	135,25 $	180,33 $
4410011	Manchon, avec courroie à l'épaule	112,71 $	150,28 $
4410012	Combiné manchon et gantelet ou gant	180,34 $	240,45 $
	Vêtements de compression élastiques — Sur mesure		
4410020	Bas au genou, pointe ouverte	189,37 $	252,49 $
4410037	Bas au genou, pointe fermée	189,37 $	252,49 $
4410021	Bas à la cuisse, pointe ouverte	247,98 $	330,65 $
4410038	Bas à la cuisse, pointe fermée	247,98 $	330,65 $
4410022	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe ouverte	238,95 $	318,60 $
4410039	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe fermée	238,95 $	318,60 $
4410003	Culotte aux genoux	441,82 $	589,10 $
4410004	Culotte capri	459,86 $	613,14 $
4410023	Bas-culotte, pointe ouverte	450,84 $	601,11 $
4410040	Bas-culotte, pointe fermée	450,84 $	601,11 $
4410041	Bas-culotte, une jambe, pointe ouverte	279,52 $	372,70 $
4410042	Bas-culotte, une jambe, pointe fermée	279,52 $	372,70 $
4410006	Chaussette, sans compression aux orteils	207,39 $	276,52 $
4410024	Chaussette avec compression aux orteils	288,54 $	384,72 $
4410025	Gantelet sans doigt	153,28 $	204,37 $
4410026	Gant, avec compression aux doigts	360,67 $	480,89 $
4410027	Manchon	288,55 $	384,72 $

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
4410028	Manchon, avec courroie à l'épaule	324,60 $	432,80 $
4410029	Combiné manchon et gantelet ou gant	441,82 $	589,10 $
	Vêtements de compression non élastiques — Prêt-à-porter		
4415000	Chevillère	117,23 $	156,31 $
4415001	Cuissard, incluant le genou	306,58 $	408,77 $
4415002	Mollet, sous genou	252,47 $	336,63 $
4415003	Jambe (chevillère, mollet, genou et cuissard)	~~361,18~~ 631,18 $	841,58 $
4415004	Manchon	315,59 $	420,78 $
4415005	Gant	144,28 $	192,37 $
4415006	Gantelet	81,16 $	108,21 $
	Vêtements de compression non élastiques — Sur mesure		
4415007	Chevillère	288,54 $	384,72 $
4415008	Cuissard, incluant le genou	586,09 $	781,45 $
4415009	Mollet, sous genou	541,01 $	721,34 $
4415010	Jambe (chevillère, mollet, genou et cuissard)	1 104,56 $	1 472,75 $
4415011	Manchon	441,82 $	589,10 $
4415012	Gant	324,60 $	432,80 $
	Vêtements de compression de nuit — Prêt-à-porter		
4419000	Chevillère	117,23 $	156,31 $
4419001	Cuissard, incluant le genou	306,58 $	408,77 $
4419002	Mollet, sous genou	306,58 $	408,77 $
4419003	Jambe (chevillère, mollet, genou et cuissard)	721,35 $	961,80 $
4419004	Manchon	315,59 $	420,78 $
4419005	Gant	144,28 $	192,37 $
4419006	Gantelet	81,16 $	108,21 $
4419007	Combiné manchon et gantelet ou gant	405,76 $	541,01 $
	Vêtements de compression de nuit — Sur mesure		
4419008	Chevillière	288,54 $	384,72 $
4419009	Cuissard, incluant le genou	631,18 $	841,58 $
4419010	Mollet, sous genou	586,09 $	781,45 $
4419011	Jambe (chevillère, mollet, genou et cuissard)	1 307,44 $	1 743,25 $
4419012	Manchon	495,92 $	661,23 $
4419013	Gant	324,60 $	432,80 $
4419014	Combiné manchon et gantelet ou gant	766,42 $	1 021,90 $
	Vêtements de compression sous considération spéciale		
4410043	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, élastique, prêt-à-porter	C.S.	C.S.

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
4410044	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, élastique, sur mesure	C.S.	C.S.
4415013	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, non-élastique, prêt-à-porter	C.S.	C.S.
4415014	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, non-élastique, sur mesure	C.S.	C.S.
4419015	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, de nuit, prêt-à-porter	C.S.	C.S.
4419016	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, de nuit, sur mesure	C.S.	C.S.
	Accessoires pour vêtements de compression		
4410015	Gants de caoutchouc, à la paire	9,01 $	12,01 $
4410016	Enfile-manchon	108,20 $ ~~180,20 $~~	144,26 $
4410017	Enfile-bas	90,16 $	120,22 $
4410018	Colle pour la peau	9,91 $	13,21 $
	Bandages multicouches		
4410019	Bandages multicouches — membre supérieur	90,16 $	120,22 $
4410030	Bandages multicouches — membre inférieur	202,88 $	270,51 $

6.4 Tableau des vêtements de compression, accessoires et ensembles de bandages multicouches (liste en vigueur le 1er janvier 2023)

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
	Vêtements de compression élastiques - Prêt-à-porter		
4410000	Bas au genou, pointe ouverte	56,15 $	74,86 $
4410031	Bas au genou, pointe fermée	56,15 $	74,86 $
4410001	Bas à la cuisse, pointe ouverte	73,41 $	97,88 $
4410032	Bas à la cuisse, pointe fermée	73,41 $	97,88 $
4410002	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe ouverte	138,20 $	184,26 $
4410033	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe fermée	138,20 $	184,26 $
4410034	Culotte aux genoux	64,78 $	86,37 $
4410035	Culotte capri	107,96 $	143,95 $
4410005	Bas-culotte, pointe ouverte	181,37 $	241,83 $
4410036	Bas-culotte, pointe fermée	181,37 $	241,83 $
4410008	Gantelet sans doigt	86,36 $	115,15 $
4410009	Gant, avec compression aux doigts	155,47 $	207,29 $
4410010	Manchon	129,55 $	172,73 $
4410011	Manchon, avec courroie à l'épaule	107,96 $	143,95 $
4410012	Combiné manchon et gantelet ou gant	172,74 $	230,32 $
	Vêtements de compression élastiques - Sur mesure		
4410020	Bas au genou, pointe ouverte	181,39 $	241,85 $
4410037	Bas au genou, pointe fermée	181,39 $	241,85 $
4410021	Bas à la cuisse, pointe ouverte	237,53 $	316,71 $
4410038	Bas à la cuisse, pointe fermée	237,53 $	316,71 $
4410022	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe ouverte	228,88 $	305,17 $
4410039	Bas à la cuisse avec attache à la taille, pointe fermée	228,88 $	305,17 $
4410003	Culotte aux genoux	423,20 $	564,27 $
4410004	Culotte capri	440,48 $	587,30 $
4410023	Bas-culotte, pointe ouverte	431,84 $	575,78 $
4410040	Bas-culotte, pointe fermée	431,84 $	575,78 $
4410041	Bas-culotte, une jambe, pointe ouverte	267,74 $	356,99 $
4410042	Bas-culotte, une jambe, pointe fermée	267,74 $	356,99 $
4410006	Chaussette, sans compression aux orteils	198,65 $	264,87 $
4410024	Chaussette avec compression aux orteils	276,38 $	368,51 $
4410025	Gantelet sans doigt	146,82 $	195,76 $
4410026	Gant, avec compression aux doigts	345,47 $	460,62 $
4410027	Manchon	276,39 $	368,51 $

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
4410028	Manchon, avec courroie à l'épaule	310,92 $	414,56 $
4410029	Combiné manchon et gantelet ou gant	423,20 $	564,27 $
	Vêtements de compression non élastiques - Prêt-à-porter		
4415000	Chevillière	112,29 $	149,72 $
4415001	Cuissard, incluant le genou	293,66 $	391,54 $
4415002	Mollet, sous genou	241,83 $	322,44 $
4415003	Jambe (chevillière, mollet, genou et cuissard)	604,58 $	806,11 $
4415004	Manchon	302,29 $	403,05 $
4415005	Gant	138,20 $	184,26 $
4415006	Gantelet	77,74 $	103,65 $
	Vêtements de compression non élastiques - Sur mesure		
4415007	Chevillière	276,38 $	368,51 $
4415008	Cuissard, incluant le genou	561,39 $	748,52 $
4415009	Mollet, sous genou	518,21 $	690,94 $
4415010	Jambe (chevillière, mollet, genou et cuissard)	1 058,01 $	1 410,68 $
4415011	Manchon	423,20 $	564,27 $
4415012	Gant	310,92 $	414,56 $
	Vêtements de compression de nuit - Prêt-à-porter		
4419000	Chevillière	112,29 $	149,72 $
4419001	Cuissard, incluant le genou	293,66 $	391,54 $
4419002	Mollet, sous genou	293,66 $	391,54 $
4419003	Jambe (chevillière, mollet, genou et cuissard)	690,95 $	921,26 $
4419004	Manchon	302,29 $	403,05 $
4419005	Gant	138,20 $	184,26 $
4419006	Gantelet	77,74 $	103,65 $
4419007	Combiné manchon et gantelet ou gant	388,66 $	518,21 $
	Vêtements de compression de nuit - Sur mesure		
4419008	Chevillière	276,38 $	368,51 $
4419009	Cuissard, incluant le genou	604,58 $	806,11 $
4419010	Mollet, sous genou	561,39 $	748,52 $
4419011	Jambe (chevillière, mollet, genou et cuissard)	1 252,34 $	1 669,78 $
4419012	Manchon	475,02 $	633,36 $
4419013	Gant	310,92 $	414,56 $
4419014	Combiné manchon et gantelet ou gant	734,12 $	978,83 $
	Vêtements de compression sous considération spéciale		
4410043	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, élastique, prêt-à-porter	C.S.	C.S.
4410044	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, élastique, sur mesure	C.S.	C.S.

Codes	Descriptions	Montant maximal liste I	Montant maximal liste II
4415013	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, non-élastique, prêt-à-porter	C.S.	C.S.
4415014	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, non-élastique, sur mesure	C.S.	C.S.
4419015	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, de nuit, prêt-à-porter	C.S.	C.S.
4419016	Vêtement sous considération spéciale pour le cou ou le tronc, de nuit, sur mesure	C.S.	C.S.
	Accessoires pour vêtements de compression		
4410015	Gants de caoutchouc, à la paire	8,63 $	11,50 $
4410016	Enfile-manchon	103,64 $	138,18 $
4410017	Enfile-bas	86,36 $	115,15 $
4410018	Colle pour la peau	9,49 $	12,65 $
	Bandages multicouches		
4410019	Bandages multicouches - membre supérieur	86,36 $	115,15 $
4410030	Bandages multicouches - membre inférieur	194,33 $	259,11 $

7 POUR DE L'ASSISTANCE OU DES QUESTIONS

Limitez votre envoi à une seule adresse de la RAMQ.

Faire un courriel par demande.

Ne mettez aucune autre boîte ou adresse courriel de la Régie en cc de votre demande.

Nous transfèrerons votre courriel si jamais celui-ci est adressé à la mauvaise boîte.

Assistance SELAT : assistance_selat.ramq@ssss.gouv.qc.ca

Assistance SELAT est une boîte courriel (à l'usage exclusif des dispensateurs de services autorisés) où vous pouvez transmettre vos questions concernant :

- la facturation;
- le programme, l'entente;
- le refus d'une demande;
- l'incapacité de transmettre une demande de paiement, les messages d'erreur technique.
-

Informations obligatoires à transmettre lors d'une demande (un seul cas par courriel) :

Laboratoires privés autorisés ou Établissement publics autorisés
Programme-Volet (Lymphœdème)
Numéro de dispensateur (958xxx) ou (959yyy)
Numéro à 10 chiffres de la demande
Ne pas envoyer de NAM car la messagerie n'est pas sécurisée.
Une question détaillée
Les recherches qui ont été effectuées au système, dans le manuel, etc.
Si vous désirez un rendez-vous téléphonique, veuillez l'indiquer en objet dans votre demande et veuillez envoyer vos disponibilités afin qu'une rencontre téléphonique puisse être convoquée.

Centre de relations avec les professionnels :

Veuillez communiquer avec le Centre de relations avec les professionnels uniquement pour vos questions concernant :

- les accès au système SELAT;
- le téléchargement d'un état de compte;
- le changement d'adresse de votre bureau.