

**MANUEL DU PROGRAMME
RELATIF AUX BANDAGES
ET AUX VÊTEMENTS DE
COMPRESSION NÉCESSAIRES
AU TRAITEMENT
DU LYMPHOEDÈME**

(n° 285)

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-550-69718-3

INTRODUCTION

Le manuel du programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème 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 de l'entente, 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. Leur signification figure au verso de cette page.

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.

Pour accéder à la version électronique des publications légales, cliquez sur la section *La Régie* se trouvant dans la page d'accueil de notre site Internet au www.ramq.gouv.qc.ca. Ensuite, cliquez sur *Publications légales* dans le menu de navigation de gauche.

Site Internet de la Régie : pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la Régie vous recommande de consulter son site Internet (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, les formulaires, les services en ligne et davantage.

À sa demande, le dispensateur pourra recevoir gratuitement une version papier du manuel nécessaire à sa pratique. Les mises à jour papier de cette publication lui seront par la suite transmises par la poste.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'information et d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées à la **page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**Par le site Internet :**

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251
- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

| | |
|------------------|---|
| MAJ | = Mise à jour |
| XX | = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet ou papier |
| MMMM 20AA | = Mois et année de la publication de la mise à jour |
| ZZ | = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : |
| | - le 99 indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un avis, nouvelle présentation ou décalage de page, etc.); |
| | - le 00 est une de modifications effectuées en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel; |
| | - Tout autre chiffre indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'Amendement relatif à l'Entente-cadre. |

NOTE : Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement ou d'un document officiel ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : l'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Pour références ultérieures, nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour.

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 1. PERSONNES ASSURÉES | 1 |
| 1.1 Définition | 1 |
| 1.2 Carte d'assurance maladie | 1 |
| 1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie | 1 |
| 1.2.2 Modèles de carte | 2 |
| 1.2.3 Vérification de la carte (validité) | 4 |
| 1.3 Dossier de la personne assurée | 5 |
| 2. DISPENSATEURS | 1 |
| 2.1 Liste des laboratoires autorisés | 1 |
| 3. ACCORD, DÉCRET ET ENTENTE | 1 |
| 3.1 Texte de l'accord avec le ministère de la Santé et des Services sociaux | 1 |
| 3.2 Texte du décret | 5 |
| 3.3 Entente | 6 |
| 4. FACTURATION DES VÊTEMENTS DE COMPRESSION, DES ACCESSOIRES POUR VÊTEMENTS DE COMPRESSION ET DES BANDAGES (AIDES) | 1 |
| 4.1 Modes de facturation | 1 |
| 4.1.1 Utilisation du service en ligne des aides techniques (SELAT) | 1 |
| 4.1.2 Facturation papier | 1 |
| 4.1.3 Documents à conserver | 2 |
| 4.1.4 Envoi des pièces justificatives | 2 |
| 4.2 Délais de facturation | 2 |
| 4.3 Données nécessaires aux fins du paiement | 3 |
| 4.3.1 Type de demande | 5 |
| 4.3.1.1 Paiement | 5 |
| 4.3.1.2 Annulation | 5 |
| 4.3.1.3 Autorisation | 5 |
| 4.3.1.4 Demande en référence | 6 |
| 4.3.2 Dispensateur | 6 |
| 4.3.2.1 Numéro de permis | 6 |
| 4.3.2.2 Date de service | 6 |
| 4.3.2.3 Payer à la personne assurée | 6 |
| 4.3.3 Personne assurée | 6 |
| 4.3.3.1 Numéro d'assurance maladie | 6 |
| 4.3.3.2 Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie | 6 |
| 4.3.3.3 Le ou les membres suivants sont atteints de lymphoedème | 6 |
| 4.3.4 Aides | 6 |
| 4.3.4.1 Code de l'aide | 6 |
| 4.3.4.2 Côté | 6 |
| 4.3.4.3 Montant demandé | 6 |
| 4.3.4.4 Montant total de la demande | 7 |
| 4.3.5 Renseignements complémentaires | 7 |
| 4.3.6 Signature du dispensateur | 7 |
| 5. PAIEMENT | 1 |
| 5.1 Mode de paiement | 1 |
| 5.1.1 Comment adhérer au dépôt direct | 1 |
| 5.2 Délai de paiement | 1 |
| 5.3 État de compte | 2 |
| 5.3.1 Description | 3 |
| 5.3.2 Vérification des paiements | 4 |
| 5.4 Règlement des demande d'autorisation, de paiement ou de révision | 4 |
| 5.4.1 Demande d'autorisation | 4 |
| 5.4.2 Demandes de paiement autorisées au montant demandé | 4 |
| 5.4.3 Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité | 4 |
| 5.4.4 Demande de révision | 4 |
| 5.4.5 Description de la demande de révision (formulaire n ^o 3144) | 5 |
| 5.4.6 Messages explicatifs (codes) | 6 |

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 6. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS - AIDES ASSURÉES | 1 |
| 6.1 Renseignements généraux | 1 |
| 6.2 Codes d'aides et montants maximaux | 2 |

1. PERSONNES ASSURÉES

1.1 DÉFINITION

Tout résident du Québec inscrit auprès de la Régie 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 Régie, 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 :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
3. Nom de famille de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
4. Date d'expiration de la carte;
5. Date de naissance et le sexe;
6. Photographie ou signature;
7. Hologramme.

1.2.2 Modèles de carte

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

Depuis le 9 décembre 2013, de nouvelles normes pour la prise de photo sont en vigueur pour les cartes avec photo.

a) Carte **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**

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

b) Carte **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**

1)



2)



Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

c) Carte **SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE**

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

d) Carte **AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE**

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

1.2.3 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, cette dernière doit être valide :

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

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. **Dans le cas contraire**, la personne doit payer le coût des services fournis.

Vérification de la 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 Régie, avant de lui rendre les services demandés.

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

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

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

- inscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère de l'enfant;
- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance et le sexe) :
 - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case *PRÉNOM* « nouveau-né ».
 - de plus, 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.);

- b) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et adresse) dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

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;
- b) toutes les demandes transmises à la Régie 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* (n° 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 Régie et nécessaire à l'analyse d'une demande.

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 Régie à verser au dispensateur le paiement demeure. Cependant, cette déclaration signée n'a pas à être fournie à la Régie sauf sur demande. Le formulaire n° 4146 permet de faire signer la personne assurée à chaque dispensation de service. Il est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca. 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 cinq ans suivant la demande relative à cette aide.

2. DISPENSATEURS

2.1 LISTE DES LABORATOIRES AUTORISÉS

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 Régie.

Remarque : La liste des laboratoires autorisés est disponible sur le site Internet de la Régie 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 *Liste des laboratoires d'orthèses et prothèses autorisés*.

3. ACCORD, DÉCRET ET ENTENTE

Le Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème est régi par le Décret 614-2013 du 12 juin 2013, dont le texte est reproduit à la section 3.2.

3.1 TEXTE DE L'ACCORD AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ACCORD 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,

(ci-après appelé le « Ministre »)

ET

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale de droit public, légalement constituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5) et ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec, Québec, G1S 1E7 agissant par son président-directeur général, monsieur Jacques Cotton, dûment autorisé aux fins des présentes,

(ci-après appelé la « Régie »)

ATTENDU QU'aux termes de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5), le gouvernement peut, sous réserve de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29), autoriser le Ministre ou la Régie à conclure des accords avec tout gouvernement ou organisme, ainsi qu'avec toute personne, association, société ou corporation pour les fins de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* ou de la *Loi sur l'assurance maladie*;

ATTENDU QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, la Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie;

ATTENDU QU'aux termes du quinzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, 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 QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2.1 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, 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 QUE par le décret numéro 614-2013 du 12 juin 2013, le gouvernement a confié à la Régie la responsabilité d'administrer, d'appliquer et d'assumer les coûts du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème, conformément aux dispositions d'un accord à être conclu entre le Ministre et la Régie, dont le texte se doit d'être substantiellement conforme au projet d'accord joint à la recommandation ministérielle de ce décret;

ATTENDU QUE le Ministre et la Régie ont conclu un accord substantiellement conforme à celui joint à la recommandation ministérielle du décret 614-2013 du 12 juin 2013 concernant le remboursement d'une partie du coût des bandages et des vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème;

ATTENDU QUE cet accord a été signé par les parties respectivement le 11 septembre 2013 et le 13 septembre 2013 et qu'il a pour date d'entrée en vigueur le 13 mars 2014;

ATTENDU QUE les parties désirent, d'un commun accord, modifier certaines dispositions de cet accord, dont notamment sa date d'entrée en vigueur et ses annexes et que, considérant que cet accord n'a pas encore pris effet, les parties ont convenu qu'il était préférable de reprendre l'accord dans son entièreté plutôt que de procéder par avenant;

ATTENDU QUE le présent accord, qui est substantiellement conforme à celui joint à la recommandation ministérielle du décret 614-2013 du 12 juin 2013, remplace celui signé par les parties en septembre 2013;

EN CONSÉQUENCE, les parties conviennent de ce qui suit :

SECTION I

OBJET

1. La présente entente a pour objectif que 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 appelé le « programme »).

SECTION II

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

2. Est admissible au programme la personne qui répond aux conditions suivantes :
 - 1^o elle est 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);
 - 2^o elle est atteinte d'un lymphœdème, que celui-ci soit de nature primaire ou secondaire;
 - 3^o elle présente une demande conformément à l'une des méthodes prévues à la section IV.

SECTION III

MONTANT COUVERT PAR LE PROGRAMME

3. Dans la présente section, on entend par :
 - « accessoire pour vêtements de compression » : un accessoire parmi ceux énumérés dans la section « Accessoire pour vêtements de compression » des annexes I et II du présent accord;
 - « ensemble de bandages » : les bandages multicouches nécessaires au traitement de la phrase aiguë d'un lymphœdème pour un membre donné parmi ceux énumérés dans la section « Bandages » des annexes I et II du présent accord;
 - « vêtements de compression » : un vêtement de compression nécessaire au traitement de la phrase chronique d'un lymphœdème parmi ceux énumérés dans la section « Vêtements de compression » des annexes I et II du présent accord.

Par ailleurs, au fins du présent accord, le mot « membre » désigne toute partie du corps pouvant être affectée par un lymphœdème.
4. Pour un membre donné, un demandeur de 18 ans ou plus a droit au remboursement, par période de douze mois, d'un seul ensemble de bandages, d'un seul vêtement de compression et d'un seul accessoire pour vêtements de compression. Cependant, si un membre nécessite le port simultané de vêtements différents, un demandeur a droit au remboursement, par période de douze mois, d'une unité de chacun des vêtements devant être portés simultanément.

Toutefois, pour un demandeur de moins de 18 ans, la période de douze mois prévue à l'alinéa précédent est ramenée à six mois.

Les périodes de six mois et de douze mois visées au présent article se compilent 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.
5. Pour le remboursement d'un ensemble de bandages, d'un vêtement de compression ou d'un accessoire pour vêtement de compression, le demandeur a droit au moins élevé des montants suivants :
 - 1^o 75 % du coût réel;
 - 2^o le montant maximal prévu à la liste en annexe I.

Cependant, lorsque le demandeur est une personne ou une famille admissible à un programme d'aide financière de dernier recours prévu à la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* (chapitre A-13.1.1), il a droit au moins élevé des montants suivants :

 - 1^o le coût réel;
 - 2^o le montant maximal prévu à la liste en annexe II.
6. Les montants 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 vendeur.
7. Les montants prévus aux annexes I et II pour les bandages multicouches incluent le coût des accessoires nécessaires à leur application, le cas échéant.

SECTION IV

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

8. Le demandeur qui désire bénéficier du programme auprès d'un laboratoire ayant signé une entente particulière avec la Régie doit :
 - 1^o lors de sa première demande, fournir une ordonnance médicale rédigée par un omnipraticien ou un médecin spécialiste faisant état du diagnostic de lymphoedème. Une telle ordonnance médicale n'a pas à être fournie lors d'achats subséquents;
 - 2^o lors de toute demande, présenter sa carte d'assurance maladie valide et, le cas échéant, son carnet de réclamation valide.

La personne admissible au programme qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie valide ou, le cas échéant, son carnet de réclamation valide doit défrayer le coût des services professionnels et des vêtements ou bandages; par la suite, elle en demande le remboursement à la Régie conformément aux dispositions de l'article 9.
9. La personne qui désire bénéficier du programme auprès de toute autre distributeur spécialisé dans le traitement du lymphoedème non signataire d'une entente particulière avec la Régie doit présenter une demande de remboursement à la Régie en utilisant le formulaire prévu à cette fin. Ce formulaire doit être accompagné d'un reçu détaillé de l'achat et, lors de la première demande, d'une ordonnance médicale rédigée par un omnipraticien ou un médecin spécialiste faisant état du diagnostic de lymphoedème.

SECTION V

INDEXATION

10. Les montants prévus aux annexes I et II sont indexés de plein droit le 1^{er} janvier de chaque année selon le taux correspondant à la variation annuelle de l'indice moyen d'ensemble, pour le Québec, des prix à la consommation, sans les boissons alcoolisées et les produits du tabac, pour la période de douze mois qui se termine le 30 septembre de l'année qui précède celle pour laquelle un tarif doit être indexé. La Régie publie les annexes ainsi indexées sur son site Internet.

SECTION VI

COÛT DU PROGRAMME

11. Le Ministre remboursera à la Régie, selon des modalités à convenir, les sommes versées aux personnes admissibles aux termes du présent accord ainsi que les frais de développement et d'administration du programme.

SECTION VII

ENTENTES PARTICULIÈRES ENTRE LA RÉGIE ET LES LABORATOIRES

12. La Régie s'engage à conclure des ententes avec les laboratoires de prothèses ou orthèses orthopédiques qui le souhaitent. Ces ententes devront notamment prévoir
 - 1^o que l'employé du laboratoire qui prend les mesures ait suivi la formation offerte par le fabricant du vêtement de compression visé;
 - 2^o que le laboratoire s'engage à exiger du demandeur qu'il présente sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide;
 - 3^o que le laboratoire s'engage à conserver l'ordonnance du demandeur, ainsi que tout document ou renseignement que la Régie pourrait requérir pour justifier le paiement réclamé, pendant 5 ans.

SECTION VIII

INFORMATION ET RÉVISION

13. La Régie s'engage à fournir au Ministre des rapports périodiques sur les sommes remboursées en vertu du présent accord, selon les modalités dont ils peuvent convenir. Ces rapports ne comportent pas de renseignements personnels.
14. Trois ans après son entrée en vigueur, la Régie et le Ministre procèdent à la révision du programme.

SECTION X

DISPOSITIONS FINALES

15. À la demande écrite du Ministre ou de la Régie, les parties peuvent, d'un commun accord, modifier le présent accord dans la mesure où ces modifications respectent le cadre financier et les orientations du programme.

16. Le présent accord prend effet le 1^{er} janvier 2014.

Cet accord se renouvelle automatiquement à chaque exercice financier qui débute le 1^{er} avril d'une année pour se terminer le 31 mars de l'année suivante. Toutefois, chacune des parties peut y mettre fin en transmettant à l'autre partie un avis écrit à cette fin au moins trois mois avant la fin d'un exercice financier.

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

À Québec
Le 7 janvier 2014

RÉJEAN HÉBERT
Ministre de la Santé et des Services sociaux

À Québec
Le 7 janvier 2014

Jacques Cotton
Président-directeur général de la Régie de l'assurance
maladie du Québec

Remarque : Les montants prévus aux annexes I et II sont disponibles au point 6.2 de l'onglet 6. *Renseignements administratifs.*

3.2 TEXTE DU DÉCRET

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

ATTENDU QU'aux termes de l'article 23 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5), le gouvernement peut, sous réserve de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29), autoriser le ministre ou la Régie à conclure des accords avec tout gouvernement ou organisme, ainsi qu'avec toute personne, association, société ou corporation pour les fins de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* ou de la *Loi sur l'assurance maladie*;

ATTENDU QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, la Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie;

ATTENDU QU'aux termes du quinzième alinéa de l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, la Régie assume aussi 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 QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2.1 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, 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 QUE le ministre et la Régie désirent conclure un accord, sujet à l'approbation du gouvernement, concernant le remboursement d'une partie du coût des bandages et des vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème;

ATTENDU QU'aux termes de cet accord, le ministre désire que soient confiées à la Régie l'administration et l'application du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème, et ce, selon les dispositions de cet accord;

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

QUE la Régie de l'assurance maladie du Québec administre, applique et assume les coûts du Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème, conformément aux dispositions d'un accord, substantiellement conforme à celui annexé au présent décret, à être conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

3.3 ENTENTE

ENTRE :

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (ci-après la « Régie »), personne morale légalement constituée 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;

ET

LE LABORATOIRE CONNU ET DÉSIGNÉ SOUS LE NOM DE :

ayant son siège social au :

(ci-après « le laboratoire »)

ATTENDU QU'en vertu du décret 613-2013 du 12 juin 2013 (ci-après « le décret ») la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « 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 les laboratoires de prothèses ou orthèses orthopédiques qui le souhaitent aux conditions qui y sont prévues;

ATTENDU QUE la Régie et le laboratoire désirent conclure une telle entente;

ATTENDU QUE le laboratoire est titulaire d'un permis valide délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres* (chapitre L-0.2);

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe b du 2^e alinéa de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre A-29), la Régie doit contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes de même que la rémunération versée aux professionnels de la santé et 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'aux fins de la présente entente, le mot « membre » désigne toute partie du corps pouvant être affectée par un lymphœdème et que le mot « bien » désigne un vêtement de compression nécessaire au traitement de la phase chronique d'un lymphœdème, les bandages multicouches nécessaires au traitement de la phase aiguë d'un lymphœdème ou les accessoires qui sont prévus par le programme.

EN CONSÉQUENCE, dans ce cadre, les parties conviennent de ce qui suit :

1. LA RÉGIE S'ENGAGE À :

- 1° Payer le laboratoire 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;
- 2° Répondre au laboratoire dans les quinze (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 (5) jours suivant l'envoi de la demande d'autorisation;

2. LE LABORATOIRE S'ENGAGE À :

Lors de la fourniture d'un bien assuré visé au programme :

- 1° s'assurer que la personne assurée à qui est fourni ce bien est titulaire d'une carte d'assurance maladie non expirée et, le cas échéant, d'un carnet de réclamation valide;
- 2° s'assurer que la personne assurée produise, lors de sa première demande dans le cadre du programme, une ordonnance médicale rédigée par un omnipraticien ou un médecin spécialiste faisant état du diagnostic de lymphœdème ainsi que le membre atteint;
- 3° vérifier auprès de la Régie si le bien a déjà fait l'objet d'une demande d'autorisation préalable ou d'une demande de paiement;
- 4° obtenir une déclaration signée de la personne à qui le bien est fourni à l'effet qu'elle confirme avoir reçu le bien décrit et qu'elle autorise la Régie à verser au laboratoire le paiement qu'elle a droit d'exiger en vertu du programme;
- 5° transmettre à la Régie, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date des services, la demande de paiement ou la demande d'autorisation par voie électronique ou à l'aide du formulaire papier;
- 6° s'assurer que l'employé du laboratoire 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;

- 7° fournir avec toute demande d'autorisation préalable concernant un vêtement sous considération spéciale visé au programme les renseignements et pièces justificatives suivants :
- a) le nom du fournisseur, la marque de commerce et le modèle;
 - b) le prix de vente suggéré par le fournisseur;
 - c) les raisons pour lesquelles aucune aide de la liste ne répond aux besoins de la personne assurée;
 - d) l'illustration ou la photo de l'aide.
- 8° constituer et tenir à jour un dossier pour chaque personne assurée à qui il fournit un bien assuré, qui doit être identifié à son nom et contenir les pièces justificatives et les documents requis par la présente entente; le laboratoire doit notamment verser au dossier la déclaration visée au paragraphe 4 du premier alinéa de l'article 2 de la présente entente, l'ordonnance médicale ainsi que les renseignements et pièces justificatives visés au paragraphe 7 de ce même alinéa;
- 9° conserver au dossier les pièces et documents relatifs à la fourniture d'un bien assuré durant une période de cinq (5) ans suivant la date de la demande de paiement de ce bien;
- 10° transmettre à la Régie, sur demande, l'original ou la copie d'une pièce justificative ou d'un document dans le délai suivant :
- a) dans le cas d'une demande d'autorisation préalable, dans les cinq (5) jours suivant la demande de la Régie;
 - b) dans le cas d'une demande concernant une pièce justificative à l'appui d'une demande de paiement, dans les quinze (15) jours suivant la demande de la Régie;
 - c) dans toute autre situation, dans les trente (30) jours suivant la demande de la Régie.
- 11° rembourser à la Régie tout montant qui lui aurait été versé en trop dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'un avis de la Régie à cet effet;
3. La présente entente prend effet le jour de sa signature à moins qu'elle ne soit signée avant le 1^{er} janvier 2014, auquel cas elle prend effet à cette date. Elle est reconduite d'une année à l'autre; toutefois, l'une ou l'autre partie peut y mettre fin en tout temps en transmettant à l'autre partie un avis écrit à cette fin de trente (30) jours.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé EN DEUX (2) EXEMPLAIRES.

À _____, le jour _____ du mois de _____ deux mille ____ (201__).

Représentant autorisé
Laboratoire
Numéro de permis délivré par le MSSS :
Numéro de dispensateur attribué par la Régie : 958_____

À _____, le jour _____ du mois de _____ deux mille ____ (201__).

M. Jacques Cotton
Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie

4. FACTURATION DES VÊTEMENTS DE COMPRESSION, DES ACCESSOIRES POUR VÊTEMENTS DE COMPRESSION ET DES BANDAGÉS (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* (n° 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 onglet 3 de ce manuel).

4.1 MODES DE FACTURATION

4.1.1 Utilisation du service en ligne des aides techniques (SELAT)

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

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, consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, cliquer sur *Professionnels*, puis sur *Laboratoires d'orthèses-prothèses*. Dans la section de droite, cliquer sur *Inscription* ou sur *Guide d'utilisation SELAT*, selon le cas. 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 Régie.

Pour obtenir toute l'information et les accès requis, il est nécessaire de téléphoner aux Services en ligne – Internet :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Lors de la réponse vocale interactive, faire le « 1 ».

4.1.2 Facturation papier

Le dispensateur peut également remplir le formulaire *Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème* (n° 4250) pour demander le paiement d'une aide. Pour se procurer ce formulaire, deux choix sont possibles :

- Par Internet : www.ramq.gouv.qc.ca, cliquer sur *Professionnels*, puis sur *Laboratoires d'orthèses-prothèses*, puis sur *Formulaires*, pour l'obtention de la version électronique du formulaire n° 4250, ou
- À l'aide du formulaire *Commande de formulaires* (n° 1491), disponible sur le site Internet de la Régie, formats statique et dynamique.

Lors de la facturation en utilisant un formulaire papier :

- 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 numérisation;
- Pour facturer plus de dix aides pour une même personne assurée, utiliser un autre formulaire n° 4250 en remplissant de nouveau **toutes les sections**, même celles relatives à l'identification du dispensateur et de la personne assurée.

Un formulaire dont les informations sont erronées, illisibles, incomplètes ou absentes ne sera pas traité : seule une lettre sera expédiée pour en informer le demandeur.

Expédier le formulaire n° 4250 dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

RAMQ – programme lymphœdème
C.P. 16200, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

4.1.3 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 l'onglet 1. *Personnes assurées* du Manuel (voir point 1.3) et les fournir à la Régie sur demande.

Conserver au dossier les pièces justificatives d'une aide fournie durant une période de cinq ans suivant la demande relative à cette aide.

4.1.4 Envoi des pièces justificatives

Lorsque des pièces justificatives doivent être jointes à une demande ou qu'elles sont demandées par la Régie, les transmettre par l'un ou l'autre des moyens suivants :

1 Par la poste, à l'adresse suivante :

RAMQ – programme lymphœdème
C.P. 16200, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

2 Par télécopieur au numéro : 418 266-6489. Il est possible d'utiliser le modèle de bordereau de télécopie qui se trouve dans l'outil d'aide SELAT.

Si la facturation s'est faite par le SELAT, inscrire, dans le coin supérieur droit de chaque page des documents transmis, le numéro de confirmation attribué lors de la transmission électronique de la demande à la Régie ou le numéro d'assurance maladie de la personne assurée.

Si la facturation a été effectuée à l'aide d'un formulaire papier, inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée sur chaque document transmis.

4.2 DÉLAIS DE FACTURATION

Soumettre une demande de paiement dans un délai de 90 jours à compter de la date où l'aide a été livrée. Ce délai peut cependant être prolongé si l'impossibilité d'agir plus tôt est démontrée à la Régie ou en cas de décès du dispensateur.

Si une demande est présentée au-delà de ce délai, il est **obligatoire** d'inscrire dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* les raisons justifiant une demande de dérogation à ce délai.

4.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT

Formulaire *Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaire au traitement du lymphœdème* (n° 4250)



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

① TYPE DE DEMANDE

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> PAIEMENT | <input type="checkbox"/> ANNULATION | <input type="checkbox"/> AUTORISATION | DEMANDE EN RÉFÉRENCE |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|

② DISPENSATEUR

| | | |
|---------------------------|------------------------------------|--|
| NUMÉRO DE PERMIS 9 5 8 | DATE DE SERVICE JOUR MOIS ANNÉE | <input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE |
|---------------------------|------------------------------------|--|

③ PERSONNE ASSURÉE

ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

| | | |
|---|--|---|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE | NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT | NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT |
| | PRÉNOM DE L'ENFANT | DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT JOUR MOIS ANNÉE |
| | | SEXE DE L'ENFANT M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| LE OU LES MEMBRES SUIVANTS SONT ATTEINTS DE LYMPHŒDÈME | <input type="checkbox"/> Membre supérieur gauche | <input type="checkbox"/> Membre supérieur droit |
| | <input type="checkbox"/> Membre inférieur gauche | <input type="checkbox"/> Cou ou tronc |

④ AIDES

| CODE DE L'AIDE | CÔTÉ | MONTANT DEMANDÉ | CODE DE L'AIDE | CÔTÉ | MONTANT DEMANDÉ |
|-----------------------------|------|-----------------|----------------|------|-----------------|
| 1 | | | 6 | | |
| 2 | | | 7 | | |
| 3 | | | 8 | | |
| 4 | | | 9 | | |
| 5 | | | 10 | | |
| SOUS-TOTAL ▶ | | | SOUS-TOTAL ▶ | | |
| MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE | | | TOTAL ▶ | | |

⑤ RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

| |
|--|
| |
|--|

⑥ SIGNATURE DU DISPENSATEUR

| | |
|--|-------------------------|
| Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Je certifie avoir fourni les aides décrites ci-dessus conformément au Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème. | DATE JOUR MOIS ANNÉE |
| Signature du dispensateur _____ | |

4250 264 13/10

Description (Formulaire n° 4250)

Les formulaires comportent les éléments suivants :

1. Type de demande : voir la section 4.3.1
 - Paiement : voir point 4.3.1.1
 - Annulation : voir point 4.3.1.2
 - Autorisation : voir point 4.3.1.3
 - Demande en référence : voir point 4.3.1.4
2. Dispensateur : voir la section 4.3.2
 - Numéro de permis : voir point 4.3.2.1
 - Date de service : voir point 4.3.2.2
 - Payer à la personne assurée : voir point 4.3.2.3
3. Personne assurée : voir la section 4.3.3
 - Numéro d'assurance maladie : voir point 4.3.3.1
 - Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie : voir point 4.3.3.2
 - Le ou les membres suivants sont atteint de lymphoedème : voir point 4.3.3.3
4. Aides : voir la section 4.3.4
 - Code de l'aide : voir point 4.3.4.1
 - Côté : voir point 4.3.4.2
 - Montant demandé : voir point 4.3.4.3
 - Montant total de la demande : voir point 4.3.4.4
5. Renseignements complémentaires : voir la section 4.3.5
6. Signature du dispensateur : voir la section 4.3.6

4.3.1 Type de demande

Cocher un seul type de demande en fonction de la demande effectuée.

4.3.1.1 Paiement

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

Lorsque le vêtement est absent de la liste en vigueur, une demande d'autorisation doit être présentée au préalable (voir point 4.3.1.3).

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 4.3.1.3).

Demande de paiement liée à une demande d'autorisation

La demande de paiement présentée **après avoir obtenu une autorisation** de la Régie doit comporter les mêmes informations que la demande d'autorisation en modifiant la *DATE DE SERVICE* par la date réelle des services (voir point 4.3.2.2). Le numéro de demande d'autorisation doit apparaître dans le champ *DEMANDE EN RÉFÉRENCE* (voir point 4.3.1.4).

4.3.1.2 Annulation

Après sa transmission à la Régie, une demande ne peut être modifiée ou corrigée, en tout ou en partie. Si des modifications ou des corrections s'avèrent nécessaires, il est essentiel d'**annuler** la demande en procédant de la façon suivante :

1. Cocher la case *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 appuyant la demande dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
5. Signer et dater la demande d'annulation;
6. Attendre que la demande d'annulation soit portée à l'état de compte;
7. Effectuer une nouvelle demande de paiement en s'assurant qu'elle contient intégralement tous les renseignements voulus, qu'elle est présentée **telles qu'elle aurait dû l'être initialement** et qu'elle reflète bien ce que la personne assurée a en sa possession.

Quand seule une annulation est demandée, effectuer les étapes 1 à 5 ci-dessus.

4.3.1.3 Autorisation

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* et la justification dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

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 Régie 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 de création de la demande de paiement, et non de la date de service.

DEMANDE DE RÉVISION

Pour contester le refus de la Régie **sans qu'aucun élément de la demande soit modifié ou ajouté**, faire une demande de **révision** au moyen du SELAT ou du formulaire n° 3144 (voir le point 5.4.4 de l'onglet 5. *Paiement – État de compte*).

4.3.1.4 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).

4.3.2 Dispensateur

4.3.2.1 Numéro de permis

Inscrire les six premiers caractères du numéro attribué par la Régie commençant par 958.

4.3.2.2 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 dernière rencontre. 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.

4.3.2.3 Payer à la personne assurée

Dans l'éventualité où les services rendus dans le cadre du programme ont été payés par la personne assurée, par exemple, lorsque sa carte d'assurance maladie était perdue ou expirée, il est possible de demander à la Régie de rembourser les services rendus directement à la personne assurée. Dans ce cas, cocher la case prévue à cet effet.

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.

4.3.3 Personne assurée

4.3.3.1 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).

Personne hébergée ne présentant pas sa carte d'assurance maladie valide

Lorsque la personne assurée recevant l'aide est hébergée **et** ne présente pas sa carte d'assurance maladie valide, il est nécessaire d'utiliser le formulaire papier n° 4250. Inscrire les nom, prénom, date de naissance, sexe et adresse de cette personne dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* du formulaire.

4.3.3.2 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 correspondant.

4.3.3.3 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 le ou les membres concernés.

4.3.4 Aides

Le nombre d'aides pouvant être facturé sur un même formulaire pour une personne assurée est limité à dix. S'il y a plus de dix aides, utiliser un autre formulaire en remplissant de nouveau toutes les sections, même celles relatives à l'identification du dispensateur et de la personne assurée.

4.3.4.1 Code de l'aide

Inscrire le *CODE DE L'AIDE* (voir onglet 6 de ce manuel)

4.3.4.2 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.

4.3.4.3 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.

4.3.4.4 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.

4.3.5 Renseignements complémentaires

Utiliser cette section pour donner des renseignements nécessaires à l'analyse de la demande tels que :

- Raison motivant un retard de facturation;
- Identification d'une personne hébergée n'ayant pas présenté sa carte d'assurance maladie valide : ses nom, prénom, date de naissance, sexe et adresse;
- Justification de la considération spéciale;
- Tout autre renseignement jugé nécessaire à l'analyse de la demande.

4.3.6 Signature du dispensateur

Le dispensateur doit signer de sa main chaque demande et indiquer la date de sa signature.

5. PAIEMENT

Pour être rémunéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie), 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 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué par **dépôt direct** 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.

Le dépôt direct se fait dans les deux jours suivant la date de paiement.

5.1.1 Comment adhérer au dépôt direct

Il faut d'abord prendre connaissance des *Règles régissant le paiement préautorisé au crédit (dépôt direct)* inscrites sur le formulaire *Autorisation de paiement au crédit (dépôt direct)* (n° 3812). Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la Régie.

Remplir ensuite le formulaire et le faire parvenir à la Régie par l'un des moyens suivants :

Par la poste

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ou

Le déposer au bureau de la Régie à Québec :

1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec)

ou

Par télécopieur :

418 646-8110

IMPORTANT

Afin de connaître les modalités particulières au dépôt direct, communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

5.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les 45 jours suivant leur réception. La Régie 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 Régie, 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.

| Régie de l'assurance maladie Québec | | ÉTAT DE COMPTE | | | | | |
|--|---|---|---|---------|---------|---------|--|
| Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3 | | | | | | | |
| LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE | | | | | | | |
| NOM DU DISPENSATEUR ① | N° DU DISPENSATEUR ② | N° DU COMPTE ③ | DATE DU PAIEMENT ④ | | | | |
| | | | NO CHÈQUE / VIREMENT ⑤ | | | | |
| | | | PAGE ⑥ DE | | | | |
| ⑦ | | | | | | | |
| NCE | DATE DES SERVICES AAAA MM JJ | NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE | CODE DE SERVICE | NCE RÉF | MESSAGE | MONTANT | |
| SPÉCIMEN | | | | | | | |
| ⑧ | | | | | | | |
| HP2C01 4704 306 032012 | | | | | | | |

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 : Les nom et prénom du dispensateur.
2. NO DU DISPENSATEUR : Le numéro du dispensateur.
3. NO DU COMPTE : Le 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 : La date d'émission du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les 2 jours ouvrables suivant cette date.
5. NO CHÈQUE/VIREMENT : Le numéro du chèque ou du dépôt direct 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.
6. PAGE : La pagination de l'état de compte. La page 1 de 8 indique que c'est la 1^{re} page d'un document de 8 pages.
7. NOM ET ADRESSE : Le nom et l'adresse postale fournis par le dispensateur pour l'envoi de ses états de compte.

Viennent ensuite les informations relatives aux demandes de paiement, 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 lié aux transactions comptables (saisie, faillite, recouvrement, 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;
- Signification des codes de messages explicatifs inscrits sur l'état de compte. Ces codes paraissent par ordre numérique croissant.

8. Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- NCE : Le numéro de la demande de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de révision.
- DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ : La date de service inscrite sur la demande de paiement, d'annulation, d'autorisation ou de révision.
- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : L'identification de la personne assurée par tous les caractères de son numéro d'assurance maladie.
- CODE DE SERVICE : Le code selon la liste des aides 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 : Le numéro d'une demande de paiement antérieure ou d'une demande d'autorisation.
- MESSAGE : Les 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 : Le montant du paiement, positif ou négatif, selon le cas.

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

5.3.2 Vérification des paiements

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 Régie. 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, DE PAIEMENT OU DE RÉVISION

Chaque demande d'autorisation, de paiement ou de révision est analysée par la Régie.

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 Demande 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 au point 5.4.4.

5.4.2 Demandes de paiement autorisées au montant demandé

Le montant payé par la Régie 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 Régie.

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.**

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 le point 4.3.1.2 de l'onglet 4.

5.4.4 Demande de révision

Pour contester un refus de la Régie :

- Effectuer une demande de révision par l'intermédiaire du SELAT ou à l'aide du formulaire papier *Demande de révision* (n° 3144). Indiquer le numéro de la demande à réviser (*NCE* de l'état de compte);
- Fournir les justifications à l'appui de la demande **sans corriger ni modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement ou d'autorisation;**
- Transmettre à la Régie tous les renseignements, documents et motifs de contestation nécessaires à la révision.

Transmettre le formulaire papier *Demande de révision* (n° 3144) et les documents devant être joints à la demande de révision, à l'adresse indiquée sur le formulaire ou par télécopieur au numéro suivant : 418 266-6489.

Ne pas joindre une demande de paiement ou d'autorisation à une demande de révision.

Il est très important d'inscrire le numéro de la demande à réviser (*NCE* de l'état de compte) dans le coin supérieur droit de chaque page des documents transmis à la Régie.

Le délai pour effectuer une demande de révision est de 6 mois à partir de la date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement ou d'autorisation a été refusée en partie ou en totalité.

5.4.5 Description de la demande de révision (formulaire n° 3144)

Régie de l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE RÉVISION
PROGRAMMES D'AIDES TECHNIQUES

① APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE PROTHÈSES OCULAIRES AIDES VISUELLES AIDES AUDITIVES LYMPHŒDÈME

IDENTITÉ DU DISPENSATEUR

| | | | |
|--------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| NOM ET PRÉNOM ② | | NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. REGIONAL |
| ADRESSE NUMÉRO RUE | | APP. | |
| MUNICIPALITÉ | | PROVINCE | CODE POSTAL |

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

| | | | | |
|---------------------------------|-----|--------|-----------------------------------|----------|
| NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ③ | NOM | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | SEXE M F |
|---------------------------------|-----|--------|-----------------------------------|----------|

IDENTIFICATION DE LA DEMANDE À RÉVISER

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------------------------|--|
| NUMÉRO DE LA DEMANDE ④ | DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE ANNÉE MOIS JOUR ⑤ | DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑥ | CODE DU OU DES MESSAGES EXPLICATIFS ⑦ |
|---------------------------|---|--------------------------------------|--|

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

⑧

SPÉCIMEN

NOM ET PRÉNOM EN MAJUSCULES
⑨

SIGNATURE
⑩

DATE
⑪ ANNÉE MOIS JOUR

RETOURNER À : Direction de la révision (Q034)
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

À L'USAGE DE LA RÉGIE

| | |
|----------------------|----------------------|
| SIGNATURE DE L'AGENT | DATE ANNÉE MOIS JOUR |
|----------------------|----------------------|

3144 264 13/09

Feuille blanche : Régie de l'assurance maladie. Feuille jaune : Professionnel

1. Programme concerné
2. Identité du dispensateur
3. Numéro d'assurance maladie de la personne assurée
4. Numéro de la demande de paiement ou d'autorisation
5. Date de l'état de compte où figure la demande à réviser
6. Date de service telle qu'elle figure sur l'état de compte
7. Code du(des) message(s) explicatif(s) figurant sur l'état de compte en regard de la demande à réviser
8. Motif de la demande de révision
9. Nom et prénom du demandeur en majuscules
10. Signature
11. Date de la signature de la demande de révision

5.4.6 Messages explicatifs (codes)

La Régie 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 parait à la fin de l'état de compte.

6. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS AIDES ASSURÉES

La liste des vêtements de compression, d'accessoires pour vêtements de compression et de bandages est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2014. La Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) publie cette liste aux fins de l'administration du *Programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème*.

L'objectif général de cette publication est double. D'une part, pour les médecins prescripteurs, elle a pour but de faciliter le choix d'une aide assurée en fonction des besoins de la personne assurée. D'autre part, pour les dispensateurs, elle permet d'identifier les services assurés prescrits et d'en demander le paiement à la Régie conformément à l'entente.

6.1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

En vertu de l'Accord concernant le programme relatif aux bandages et aux vêtements de compression nécessaires au traitement du lymphœdème, la Régie assume, pour le compte de toute personne assurée, le montant maximum fixé pour l'achat des aides fournies, 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 aides couvertes par le programme.

Le coût d'une aide défrayé par la Régie correspond au moins élevé des montants suivants :

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

Cependant, lorsque l'aide est octroyée à une **personne admissible à un programme d'aide financière de dernier recours** prévu à la *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles* (chapitre S-32.001), le coût de l'aide défrayé par la Régie correspond au moins élevé des montants suivants :

- le coût réel;
- le montant maximal prévu à la liste II.

| Code | Description | Montant maximal (liste I) | Montant maximal (liste II) |
|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| Vêtement de compression membres inférieurs | | | |
| 4410000 | Bas au genou - Prêt-à-porter | 90,00 | 120,00 |
| 4410020 | Bas au genou - Sur mesure | 142,50 | 190,00 |
| 4410001 | Bas à la cuisse - Prêt-à-porter | 120,00 | 160,00 |
| 4410021 | Bas à la cuisse - Sur mesure | 180,00 | 240,00 |
| 4410002 | Bas à la cuisse avec attache à la taille - Prêt-à-porter | 112,50 | 150,00 |
| 4410022 | Bas à la cuisse avec attache à la taille - Sur mesure | 187,50 | 250,00 |
| 4410003 | Culotte aux genoux - Sur mesure | 345,00 | 460,00 |
| 4410004 | Culotte capri - Sur mesure | 360,00 | 480,00 |
| 4410005 | Bas culotte - Prêt-à-porter | 168,75 | 225,00 |
| 4410023 | Bas culotte - Sur mesure | 300,00 | 400,00 |
| 4410006 | Chaussette, sans compression aux orteils - Sur mesure | 120,00 | 160,00 |
| 4410024 | Chaussette, avec compression aux orteils - Sur mesure | 225,00 | 300,00 |
| Vêtement de compression membres supérieurs | | | |
| 4410008 | Gantelet - Prêt-à-porter | 45,00 | 60,00 |
| 4410025 | Gantelet - Sur mesure | 120,00 | 160,00 |
| 4410009 | Gant, avec compression aux doigts - Prêt-à-porter | 150,00 | 200,00 |
| 4410026 | Gant, avec compression aux doigts - Sur mesure | 300,00 | 400,00 |
| 4410010 | Manchon - Prêt-à-porter | 52,50 | 70,00 |
| 4410027 | Manchon - Sur mesure | 172,50 | 230,00 |
| 4410011 | Manchon, avec courroie à l'épaule - Prêt-à-porter | 78,75 | 105,00 |
| 4410028 | Manchon, avec courroie à l'épaule - Sur mesure | 225,00 | 300,00 |
| 4410012 | Combiné manchon et gantelet ou gant - Prêt-à-porter | 138,75 | 185,00 |
| 4410029 | Combiné manchon et gantelet ou gant - Sur mesure | 225,00 | 300,00 |
| Accessoires pour vêtements de compression | | | |
| 4410015 | Gants de caoutchouc, à la paire | 6,00 | 8,00 |
| 4410016 | Enfile-manchon | 67,50 | 90,00 |
| 4410017 | Enfile-bas | 67,50 | 90,00 |
| 4410018 | Colle pour la peau | 7,50 | 10,00 |
| Bandages | | | |
| 4410019 | Bandages multicouches – membre supérieur | 41,25 | 55,00 |
| 4410030 | Bandages multicouches – membre inférieur | 54,75 | 73,00 |
| Aides non couvertes et en considération spéciale (C.S.) | | | |
| 4419999 | Aide non couverte par le programme de Lymphoedème | C.S. | C.S. |
| 4410007 | Vêtement sous considération spéciale – membre inférieur - Prêt-à-porter ou sur mesure | C.S. | C.S. |
| 4410013 | Vêtement sous considération spéciale – membre supérieur - Prêt-à-porter ou sur mesure | C.S. | C.S. |
| 4410014 | Vêtement sous considération spéciale – cou et tronc - Prêt-à-porter ou sur mesure | C.S. | C.S. |