TABLE DES MATIÈRES

1. PERSONNES ASSURÉES ......................................................... 1
   1.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES ADMIS-
       SIBLES AU PROGRAMME DES AIDES AUDITIVES ................... 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. FOURNISSEURS (Prothèses auditives et aides de suppléance à
   l’audition) ................................................................. 1
   2.1 NOM ET ADRESSE DES FOURNISSEURS (Prothèses auditives) ...... 2
   2.2 PÉRIODES DE GARANTIE ET DÉLAIS DE LIVRAISON OU DE RÉPA-
       RATION (Prothèses auditives) ................................... 3
   2.3 NOM ET ADRESSE DES FOURNISSEURS (Aides de suppléance à
       l’audition) ................................................................ 4
   2.4 PÉRIODES DE GARANTIE ET DÉLAIS DE LIVRAISON
       (Aides de suppléance à l’audition) ................................. 5

#2.5 CONTRAT RELATIF À L’APPROVISIONNEMENT EN PROTHÈSES
   AUDITIVES ASSURÉES INTERVENU ENTRE LA RÉGIE ET CHACUN DES
   FOURNISSEURS DÉSIGNÉS .................................................. 8

#2.6 CONTRAT RELATIF À L’APPROVISIONNEMENT EN AIDES DE
   SUPPLÉANCE ASSURÉES INTERVENU ENTRE LA RÉGIE ET CHACUN
   DES FOURNISSEURS DÉSIGNÉS ........................................... 14

5. FACTURATION DES AIDES AUDITIVES ................................. 1

5.0 AVANT-PROPOS ............................................................... 1

5.1 MODES DE FACTURATION .................................................. 1
   5.1.1 Utilisation du service en ligne des aides techniques (SELAT) .... 1

# 5.1.2 Facturation .............................................................. 1
   5.1.3 Documents à conserver ............................................. 2
   5.1.4 Envoi des pièces justificatives ................................. 2

5.2 DÉLAI DE FACTURATION .................................................... 2

5.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT .............. 3
   5.3.1 Le type de demande .................................................. 5
       5.3.1.1 Paiement ....................................................... 5
       5.3.1.2 Annulation .................................................... 5
       5.3.1.3 Demande d’autorisation ................................... 6
       5.3.1.4 La prise en charge .......................................... 6
       5.3.1.5 Demande en référence ..................................... 6
   5.3.2 Dispensateur ......................................................... 6
       5.3.2.1 Numéro de permis ........................................... 6
       5.3.2.2 Date de service ............................................. 6
TABLE DES MATIÈRES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Numéro de section</th>
<th>Description</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.3.2.3</td>
<td>Date de prise d’empreinte.</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.2.4</td>
<td>Payer à la personne assurée / Compte administratif</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.3</td>
<td>Personne assurée.</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.3.1</td>
<td>Numéro d’assurance maladie</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.3.2</td>
<td>Surdité permanente aux deux oreilles</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.3.3</td>
<td>Enfant de moins d’un an sans numéro d’assurance maladie</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4</td>
<td>Produits et services.</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.1</td>
<td>Nature de service</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.2</td>
<td>Raison de remplacement</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.3</td>
<td>Aide en référence</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.4</td>
<td>Aide</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.5</td>
<td>Compléments, composants, options, accessoires</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.6</td>
<td>Service (main-d’œuvre, montants forfaitaires)</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.4.7</td>
<td>Montant total de la demande</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.5</td>
<td>Renseignements complémentaires</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.6</td>
<td>Signature du dispensateur</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>6.1</td>
<td>Modes de paiement</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2</td>
<td>Délai de paiement</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3</td>
<td>État de compte</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3.1</td>
<td>Description</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3.2</td>
<td>Vérification des paiements</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4</td>
<td>Règlement des demandes de paiement, des demandes d’autorisation et des demandes de révision</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4.1</td>
<td>Demandes d’autorisation</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4.2</td>
<td>Demandes de paiement autorisées au montant demandé</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4.3</td>
<td>Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4.4</td>
<td>Description de la demande de révision (formulaire 3144)</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5</td>
<td>Messages explicatifs (codes)</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>7.0</td>
<td>Avant-propos</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1</td>
<td>Avis administratifs</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1.1</td>
<td>Documents à conserver</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1.2</td>
<td>Précisions relatives à certaines dispositions du règlement</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>7.2</td>
<td>Formulaires en utilisation dans le cadre du programme des aides auditives</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3.3</td>
<td>Codes administratifs</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3.3.1</td>
<td>Avant-propos</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3.3.2</td>
<td>Codes administratifs - Prothèses auditives</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3.3.3</td>
<td>Codes administratifs - Aides de suppléance à l’audition</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>