

1. Personnes assurées

1.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

Est admissible au programme d'aides visuelles, toute personne assurée par le régime d'assurance maladie qui présente une déficience visuelle telle qu'elle est, de façon permanente, incapable de lire, d'écrire, de circuler dans un environnement non familier ou d'effectuer des activités reliées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

La déficience visuelle se caractérise, pour chaque œil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à quatre dioptries, par l'une des conditions suivantes :

- 1° Une acuité visuelle inférieure à 6/21;
- 2° Une acuité visuelle égale ou inférieure à 6/18 pour les personnes qui ont un problème de vision dégénérative, une déficience visuelle, une déficience physique (motrice, auditive ou du langage), ou une déficience intellectuelle;
- 3° Un champ visuel continu inférieur à 60°, incluant le point central de fixation mesuré à l'horizontale ou à la verticale;
- 4° Une hémianopsie complète.

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 :

- Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
- Prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte;
- Date d'expiration de la carte;
- Date de naissance et le 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 importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2)	Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018
			

Verso de code à barres :

1)	Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018
	

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

b) 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 fournir sa photo et sa signature pour une raison d'ordre médical.

1)	<p>Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018</p> 	
2)	<p>Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018</p> 	

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE

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.

1) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE

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) Carte délivrée depuis le 24 janvier 2018	2) Carte délivrée jusqu'au 23 janvier 2018

1.2.3 Vérification de la carte (validité)

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

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

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

2. 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 doit payer le coût des services fournis.

La personne assurée ne peut présenter sa carte d'assurance maladie :

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

a. *L'enfant a 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 :*
- 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*.

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) le compte rendu sur l'acuité visuelle ou le champ visuel de la personne assurée;
- b) une copie de la prescription médicale, s'il y a lieu;
- c) 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;
- d) un certificat de garantie de l'aide prêtée;
- e) un rapport clinique de l'équipe spécialisée en réadaptation attestant le besoin pour chacune des aides attribuées ou remplacées;
- ~~f) l'original du formulaire Autorisation de communiquer des renseignements concernant une personne assurée (n° 4203);~~
- g) l'original du formulaire Confirmation et autorisation de la personne assurée (n° 4146) ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment signé;
- h) L'estimation des coûts de réparation par le SAT devra inclure :**
 - Les coûts de main-d'œuvre en utilisant le taux par quart d'heure inscrit au **Tarif des aides auditives et des services afférents assurés** pour les distributeurs privés d'ASA
 - Le coût des matériaux nécessaires à la réparation de l'appareil;
- i) tout autre document nécessaire à l'analyse de la 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.

~~Aussi, la personne assurée doit autoriser la Régie à communiquer certains renseignements au dispensateur. À cette fin, remplir le formulaire n° 4203 disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca, le faire signer par la personne assurée et le garder à son dossier. Cette autorisation est valide pour un maximum de deux ans à partir de la date de sa signature.~~

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.