

1. PERSONNES ASSURÉES

1.1 DÉFINITION

Tout résident du Québec qui détient une carte d'assurance maladie **valide** et dont la cavité orbitaire ou le globe oculaire est en état de recevoir une prothèse oculaire.

La personne doit avoir subi une énucléation ou une éviscération, avoir l'oeil sans vision utile et atrophié, être atteinte d'une anophtalmie ou microphthalmie congénitale ou doit être munie de globes pour prothèses maxillo-faciales après exentération.

Les personnes assurées par le programme ont droit, pour chaque oeil, au remboursement des frais d'achat ou de remplacement d'une prothèse oculaire une fois par période de cinq ans*. Le montant maximal fixé est de 585 \$ pour une prothèse sur mesure fabriquée par un oculariste autorisé et de 225 \$ pour une prothèse usinée. De plus, une somme de 25 \$ est allouée annuellement pour la réparation et l'entretien de la prothèse. Le programme couvre aussi l'achat et l'installation de conformateurs. Le montant maximal fixé est de 187 \$ pour chaque conformateur avec cuisson et de 112 \$ pour chaque conformateur sans cuisson (*voir l'onglet 5. Tarif, pour les codes à utiliser*).

IMPORTANT : S'il s'agit de la pose d'une première prothèse, la personne assurée doit remettre à l'oculiste une **ordonnance médicale** établie par un ophtalmologiste attestant que la cavité orbitaire ou le globe oculaire est en état de recevoir une prothèse oculaire. La Régie remboursera l'oculiste jusqu'à concurrence du montant auquel cette personne a droit. **Si le coût** de la prothèse choisie **dépasse** ce montant, **la différence** est à la charge de la personne. Cette différence peut être couverte par une assurance privée (collective ou personnelle). La personne doit se renseigner auprès de son assureur.

S'il s'agit d'un **prestataire d'une aide financière de dernier recours** (*voir 1.3 du présent onglet*).

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 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 sexe de la personne assurée.
6. Photographie ou signature.
7. Hologramme.

* Si le remplacement de la prothèse est ordonné par un ophtalmologiste en raison d'un changement de la cavité orbitaire, la personne assurée peut être remboursée même si les cinq ans ne sont pas écoulés.

1.2.2 Modèles de carte

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

Remarque : Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

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

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

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

Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour raison d'ordre médical

c) 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 raison d'ordre médical.

d) 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 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 présentée, 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 les honoraires au professionnel.

2- Vérification de la date d'expiration*a) Si la date d'expiration est postérieure à la date des services*

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

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 :**1- 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 :

- 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 les honoraires à l'oculariste et demander un remboursement à la Régie.

1.3 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

1.3.1 Avant-propos

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours peuvent recevoir un montant supplémentaire pour couvrir la différence entre le coût réel et le montant maximal fixé pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse oculaire et pour l'achat et l'installation d'un conformateur. De plus, un montant supplémentaire est alloué par période de 12 mois pour couvrir la différence entre le montant forfaitaire de 25 \$ et le coût réel d'entretien et de réparation.

1.3.2 Le carnet de réclamation

Le carnet de réclamation comprend deux volets :

- Le volet de gauche identifie le prestataire (nom, prénom, adresse). Son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères) et la période de validité.
- Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles aux services.

Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

Il est important, avant de fournir un bien ou un service, de :

- 1- vérifier la période de validité du carnet de réclamation afin de déterminer si la personne est admissible à une aide financière de dernier recours à la date du service;
- 2- vérifier si le numéro d'assurance maladie de la personne à qui est destiné le bien ou le service figure sur le volet de droite du carnet de réclamation.

1.4 DOSSIER DE LA PERSONNE ASSURÉE

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

- a) une copie de **l'ordonnance médicale** émise par l'ophtalmologiste et **soumise lors de la première facturation d'une prothèse oculaire à la Régie**;
- # 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 *Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée* (n° 4167) dûment signé.
- d) l'original du formulaire *Confirmation et autorisation de la personne assurée* (n° 4146) ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment signé.
- e) une copie de tout document **fourni ou demandé par la Régie** et nécessaire à l'évaluation de la demande de paiement.

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° 4167 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.