

3. FACTURATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DES PROTHÈSES OCULAIRES

3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'informer les dispensateurs (ocularistes autorisés) du Programme des prothèses oculaires (programme) qui peuvent obtenir le paiement des services fournis aux personnes assurées admissibles au programme. Les informations portent sur les modes de facturation et plus spécifiquement, sur la façon de remplir le formulaire papier *Programme des prothèses oculaires* (n° 4164).

Les renseignements nécessaires au traitement d'une demande de paiement, d'annulation et de prise en charge sont ceux exigibles en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, des accords, des décrets ainsi que des ententes conclues dans le cadre du programme.

3.1 MODES DE FACTURATION

3.1.1 UTILISATION DU SERVICE EN LIGNE DES AIDES TECHNIQUES (SELAT)

Depuis le 11 octobre 2011, les dispensateurs peuvent utiliser le service en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre par Internet leurs demandes relatives au 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 *Ocularistes autorisés*. 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 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 ».

3.1.2 FACTURATION PAPIER

Le dispensateur peut également remplir le formulaire papier *Programme des prothèses oculaires* (n° 4164) pour demander le paiement d'un service. Pour se procurer ce formulaire, deux choix sont possibles :

- Par Internet : www.ramq.gouv.qc.ca, en cliquant sur *Professionnels*, puis sur *Ocularistes autorisés* puis sur *Formulaires*, 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 caractères d'imprimerie. S'assurer que les inscriptions ne dépassent pas les champs ni l'espace réservé et qu'elles sont suffisamment foncées pour être lisibles après la numérisation;

- Pour facturer plus de deux aides pour une même personne assurée, utiliser un autre formulaire n° 4164 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° 4164 dûment rempli à l'adresse suivante :

RAMQ – Programmes de prothèses oculaires
C.P. 16200 succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

3.1.3 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 la section 1.4 de l'onglet 1. *Personnes assurées* et les fournir à la Régie sur demande.

Conserver au dossier les pièces justificatives d'un bien ou d'un service fourni durant une période de cinq ans suivant la demande relative à ce bien ou à ce service.

3.1.4 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 – Programmes des prothèses oculaires
C.P. 16200 succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0C5

- 2- Par télécopieur au numéro : 418 266-6485. À cet effet, 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.

3.2 DÉLAI DE FACTURATION

Soumettre une demande de paiement dans un délai de 90 jours à compter de la date où le service a été rendu. 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 COMPLEMENTAIRES* les raisons justifiant une demande de dérogation à ce délai.

3.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT

Formulaire *Programme des prothèses oculaires* (n° 4164)



Programme des prothèses oculaires

1 TYPE DE DEMANDE

<input type="checkbox"/> PAIEMENT	<input type="checkbox"/> ANNULATION	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE
DEMANDE EN RÉFÉRENCE		

2 DISPENSATEUR

NUMÉRO	<input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE <input type="checkbox"/> COMPTE ADMINISTRATIF _____	DATE DE SERVICE
		JOUR MOIS ANNÉE

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"/>

4 PRODUIT ET SERVICE 1 **PRODUIT ET SERVICE 2**

		AIDE EN RÉFÉRENCE					AIDE EN RÉFÉRENCE		
NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION	NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTÉ	DATE DE PRISE DE POSSESSION
				JOUR MOIS ANNÉE					JOUR MOIS ANNÉE
AIDE					AIDE				
	CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ			CODE DE L'AIDE	CÔTÉ	MONTANT DEMANDÉ	
SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)					SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)				
	CODE DE SERVICE	MONTANT DEMANDÉ				CODE DE SERVICE	MONTANT DEMANDÉ		
TOTAL					TOTAL				
MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE					TOTAL				

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

5

SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Je certifie avoir rendu les services décrits ci-dessus conformément au Programme des prothèses oculaires.

Signature du dispensateur _____

6 DATE JOUR MOIS ANNÉE

Description (formulaire n° 4164)**La demande comporte les éléments suivants :****1. Type de demande :** voir la section 3.3.1

- Paiement : voir point 3.3.1.1
- Annulation : voir point 3.3.1.2
- Prise en charge : voir point 3.3.1.3
- Demande en référence : voir point 3.3.1.4

2. Dispensateur : voir la section 3.3.2

- Numéro : voir point 3.3.2.1
- Payer à la personne assurée / Compte administratif : voir point 3.3.2.2
- Date de service : voir point 3.3.2.3

3. Personne assurée : voir la section 3.3.3

- Numéro d'assurance maladie : voir point 3.3.3.1
- Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie : voir point 3.3.3.2

4. Produit et service : voir la section 3.3.4

- Nature de service : voir point 3.3.4.1
- Raison de remplacement : voir point 3.3.4.2
- Aide en référence : voir point 3.3.4.3
- Aide : voir point 3.3.4.4
- Service (entretien et réparation) : voir point 3.3.4.5
- Montant total de la demande : voir point 3.3.4.6

5. Renseignements complémentaires : voir la section 3.3.5**6. Signature du dispensateur :** voir la section 3.3.6

3.3.1 TYPE DE DEMANDE

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

3.3.1.1 Paiement

Le paiement peut être demandé pour l'achat, le remplacement, l'entretien ou la réparation d'une prothèse oculaire ainsi que pour l'achat ou le remplacement d'un conformateur en vertu du programme.

3.3.1.2 Annulation

Après sa transmission à la Régie, **une demande ne peut être modifiée ou corrigée, en tout ou en partie**. Si des corrections ou des modifications 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 **elle 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.

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 de SELAT ou du formulaire n° 3144 (voir l'onglet 4. *Paiement - État de compte*).

3.3.1.3 Prise en charge

La Régie peut prendre en charge la prothèse oculaire d'une personne assurée si cette personne est admissible à recevoir une telle aide en vertu du programme et que le dispensateur veut réclamer des frais pour l'entretien ou la réparation de cette prothèse (nature de service 33).

3.3.1.4 Demande en référence

À remplir seulement lors d'une demande d'annulation. Inscrire le numéro de la demande en référence (numéro NCE apparaissant à l'état de compte).

3.3.2 DISPENSATEUR

3.3.2.1 Numéro

Inscrire les six premiers caractères du numéro attribué par la Régie commençant par 92.

3.3.2.2 Payer à la personne assurée/compte administratif

Payer à la personne assurée : Dans l'éventualité où les services rendus dans le cadre du programme ont été payés par la personne assurée, 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.

Compte administratif : (à venir)

3.3.2.3 Date de service

Pour une demande de **paiement** ou de **prise en charge**, inscrire la date de livraison des services à la personne assurée. Si la personne assurée est **décédée** avant la livraison des services, inscrire la date de la dernière rencontre. Si pour une même personne assurée il y a plus d'une date de service, remplir une demande pour chacune des dates de services.

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

3.3.3 PERSONNE ASSURÉE

3.3.3.1 Numéro d'assurance maladie

Personne assurée présentant sa carte d'assurance maladie valide

Lorsque la personne assurée recevant le service 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 le service est hébergée et ne présente pas sa carte d'assurance maladie valide. Inscrire les nom, prénom, date de naissance, sexe et adresse de cette personne dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* du formulaire.

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

Lorsque la personne recevant le service 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.

3.3.4 PRODUIT ET SERVICE

Le nombre d'aides pouvant être facturé sur un même formulaire pour une personne assurée est limité à deux.

3.3.4.1 Nature de service

Inscrire le numéro de la nature de service correspondant au service rendu. Voir tableau ci-dessous :

Numéro	Description
11	Achat d'une aide neuve
21	Remplacement par une aide neuve
33	Entretien et réparation

Pour connaître les modalités particulières de facturation pour chaque nature de service, voir l'annexe I.

3.3.4.2 Raison de remplacement

Le remplacement d'une aide est assuré dans les cas suivants :

- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire à l'intérieur du délai de cinq ans de son acquisition, dans le cas d'un changement de la cavité orbitaire. Sur demande, fournir à la Régie une ordonnance d'un ophtalmologiste attestant que le remplacement est requis pour cette raison (raison 1);
- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire après un délai de cinq ans de l'attribution de la prothèse à remplacer (raison 12);
- Lors du remplacement d'un conformateur par une prothèse oculaire lorsque la cavité orbitaire est prête à la recevoir (raison 13);
- Lors du remplacement d'un conformateur par un autre conformateur lorsque la cavité orbitaire doit être modifiée (raison 15);
- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire acquise par la personne assurée en dehors du programme et prise en charge par la Régie. Aucun délai n'est applicable pour ce remplacement et l'ordonnance médicale n'est pas requise par la Régie (raison 18).

Lorsque la nature de service concerne le remplacement (nature de service 21), inscrire le code de la raison motivant ce remplacement :

Numéro	Description
1	Changement de la cavité orbitaire
12	Délai de 5 ans expiré
13	Remplacement d'un conformateur par une prothèse oculaire
15	Remplacement d'un conformateur par un nouveau conformateur
18	Remplacement d'une prothèse prise en charge

3.3.4.3 Aide en référence

Remplir la section *AIDE EN RÉFÉRENCE* dans tous les cas sauf pour l'achat d'une aide neuve (nature de service 11).

Inscrire le *CODE*, le *CÔTÉ* (G pour gauche, D pour droit) et la *DATE DE PRISE DE POSSESSION* de l'aide en référence.

Lors d'une prise en charge, inscrire la date de prise de possession connue ou approximative de l'aide en référence, c'est-à-dire la date du début du port de la prothèse par la personne assurée.

3.3.4.4 Aide

Inscrire le *CODE DE L'AIDE*, le *CÔTÉ* et le *MONTANT DEMANDÉ*.

Les codes des aides (prothèses oculaires et conformateurs) sont disponibles à l'onglet 5. *Tarif*.

Remplir un bloc *PRODUIT ET SERVICE* pour chaque aide.

Si la personne assurée est prestataire d'une aide financière de dernier recours, un montant supplémentaire pour couvrir la différence entre le coût réel et le montant maximal fixé au *Tarif* peut être accordé. Pour plus d'informations, voir la section 1.3 de l'onglet 1. *Personnes assurées*.

3.3.4.5 Service (entretien et réparation)

Les frais pour l'entretien ou la réparation d'une prothèse oculaire ne peuvent être demandés qu'une fois par année de calendrier, mais au plus tôt à compter de la date d'anniversaire de la prise de possession de la prothèse.

Inscrire le *CODE DE SERVICE* et le *MONTANT DEMANDÉ*.

Si la personne assurée est prestataire d'une aide financière de dernier recours, un montant supplémentaire pour couvrir la différence entre le coût réel et le montant maximal fixé au *Tarif* peut être accordé. Pour plus d'informations, voir la section 1.3 de l'onglet 1. *Personnes assurées*.

3.3.4.6 Montant total de la demande

Faire la somme des montants demandés et l'inscrire dans le champ *MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE*.

3.3.5 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;
- Tout autre renseignement jugé nécessaire à l'analyse de la demande.

3.3.6 SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Pour la facturation papier, le dispensateur doit signer de sa main chaque demande et inscrire la date de sa signature.

Formulaire *Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée* (n° 4167)

Régie de
l'assurance maladie

Québec

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UNE PERSONNE ASSURÉE

1 - Personne assurée			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APARTÈMENT	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TÉLÉPHONE DOMICILE IND. RÉG.

2 - Personne visée par l'autorisation	
Dispensateur	
NOM ET PRÉNOM DE L'OCULARISTE	NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE
AUX OCULARISTES DU GROUPEMENT :	LOCALITÉ DE LA PLACE D'AFFAIRES

SPÉCIMEN

3 - Autorisation et déclaration
La personne assurée autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à communiquer les renseignements suivants au dispensateur ci-dessus désigné.
La Régie pourra divulguer : le code de l'aide, la description du code de l'aide, la date de prise de possession de l'aide, le côté et le statut des aides qui m'ont été attribués et dont le coût a été assumé ou remboursé par la Régie.
Je déclare savoir que les renseignements communiqués serviront à évaluer si l'aide ou le service rendu peut être couvert dans le cadre du Régime d'assurance maladie et je consens donc en toute connaissance de cause à la communication de ces renseignements.

4 - Durée
Cette autorisation est valable pour une durée maximale de deux ans à compter de la date de la signature de la présente.

5 - Signature	
SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE	DATE ANNÉE MOIS JOUR
X _____	

ANNEXE I

Tableau indiquant les informations devant se trouver dans la section *PRODUIT ET SERVICE*. Par la suite, des informations particulières à chaque nature sont énoncées.

Nature de service	Raison de remplacement	Aide en référence	Aide	Service
11			X	
21	X	X	X	
33		X		X

Nature 11 - Achat d'une aide neuve

Cette nature s'applique lors de l'achat initial d'une prothèse oculaire ou d'un conformateur.

Aide	Inscrire le code de l'aide, son côté (G ou D) et le montant demandé.
------	--

Remarque : Les frais d'ajustement sont inclus dans le montant indiqué au tarif pour l'attribution d'une aide.

Nature 21 - Remplacement par une aide neuve

Raison de remplacement	Inscrire le code de remplacement (1, 12, 13, 15 ou 18).
Aide en référence	Inscrire le code de l'aide en référence, son côté (G ou D) et la date de prise de possession de cette aide.
Aide	Inscrire le code de l'aide, son côté (G ou D) et le montant demandé.

Remarque : Utiliser la raison de remplacement 1 (changement de la cavité orbitaire) dans le cas exceptionnel où une prothèse oculaire doit être remplacée par un conformateur.

Nature 33 - Entretien et réparation

Aide en référence	Inscrire le code de l'aide en référence, son côté (G ou D) et la date de prise de possession de cette aide.
Service	Inscrire le code 9303000 et le montant demandé.

Pour une prise en charge

Aide en référence	Inscrire le code 9310000, son côté (G ou D) et la date de prise de possession de cette aide.
Service	Inscrire le code 9303000 et le montant demandé.