

## Programme des prothèses mammaires externes

Le Programme des prothèses mammaires externes s'adresse aux personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec qui ont subi une mastectomie totale, radicale ou partielle. Il est aussi destiné à celles de 14 ans ou plus ayant reçu un diagnostic d'aplasie (absence totale de formation du sein).

### Couverture du programme

Le programme rembourse, pour chaque sein et par période de 24 mois, le coût d'achat ou de remplacement d'une prothèse mammaire externe jusqu'à un maximum de :

- 460 \$ pour une prothèse mammaire externe totale;
- 271 \$ pour une prothèse mammaire externe partielle.

La prothèse doit avoir été achetée au Québec pour être remboursable.

### Démarche pour demander un remboursement

1. Remplissez et imprimez le formulaire « Demande de remboursement – Programme des prothèses mammaires externes ». Ce formulaire est disponible sur notre site Web, dans la section [Prothèses mammaires externes](#).
2. Rassemblez les documents à joindre à votre demande. Au besoin, d'autres documents nécessaires à l'analyse de votre demande pourraient être exigés.

FACTURE DÉTAILLÉE AVEC PREUVE DE PAIEMENT (TOUTE DEMANDE)	MASTECTOMIE (1 <sup>RE</sup> DEMANDE SEULEMENT)	APLASIE (1 <sup>RE</sup> DEMANDE SEULEMENT)
Original de la facture incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vos prénom et nom</li> <li>• Nom, adresse et numéro de téléphone du commerce où la prothèse a été achetée</li> <li>• Date de l'achat</li> <li>• Description de la prothèse et prix</li> </ul>	Ordonnance médicale précisant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vos prénom et nom</li> <li>• Date de l'intervention chirurgicale</li> <li>• Nature de l'intervention (mastectomie totale, radicale ou partielle)</li> <li>• Date, signature, nom et numéro du professionnel de la santé <b>lisibles</b></li> </ul>	Ordonnance médicale précisant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vos prénom et nom</li> <li>• Confirmation de l'absence totale de formation du sein</li> <li>• Date, signature, nom et numéro du professionnel de la santé <b>lisibles</b></li> </ul>

3. Transmettez le formulaire et les documents requis à l'adresse indiquée au verso. Nous vous recommandons de conserver une copie des documents que vous nous transmettez.

## Pour plus d'information

[ramq.gouv.qc.ca](http://ramq.gouv.qc.ca)

Québec : 418 646-4636

Montréal : 514 864-3411

Ailleurs au Québec : 1 800 561-9749

## Adresse postale

**Régie de l'assurance maladie du Québec**

C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3