

MANUEL
DU PROGRAMME
DES AIDES VISUELLES
(n° 300)

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec 

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

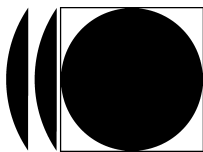
Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN : 978-2-550-62248-2

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



MANUEL DU PROGRAMME DES AIDES VISUELLES

**MISE À JOUR 13
JUN 2011**

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

PAGE TITRE

- Modifications d'ordre administratif - titre du manuel et nouveau code ISBN

TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif
Pages : 1 et 2

1. PERSONNES ASSURÉES

- Insertion de la nouvelle carte et modifications d'ordre administratif
Pages : 1, 2 et 5

3. DISPENSATEURS

- Révision des données sur les établissements
Pages : 4 et 5

5. RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE

- Actualisation des formulaires et modifications d'ordre administratif
Pages : 1, 2, 9, 13, 14, 15, 17 à 20

6. PAIEMENT

- Modifications d'ordre administratif
Pages : 1, 6 et 7

7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Pages : 1 à 11

8. TARIF DES AIDES VISUELLES ET DES SERVICES AFFÉRENTS ASSURÉS

- Modifications tarifaires et d'ordre administratif

Pages : 1 à 25

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 063 / 2011-06-02 et 075 / 2011-06-15

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

Corrections d'ordre administratif

+ Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
ISBN 978-2-550-62248-2

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Centre d'assistance et d'information aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les personnes intéressées, de même que le personnel des établissements reconnus, sur le programme d'aides pour les personnes handicapées visuelles et, notamment, sur les modalités de paiement.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la *Gazette officielle du Québec* et aux accords originaux, lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement ou un accord.

Outre les textes ayant trait aux règlements concernant la Loi sur l'assurance maladie relativement à ce programme et à l'accord conclu entre la Régie et les établissements reconnus, ce manuel contient notamment la liste des aides considérées comme des services assurés, des instructions sur la façon de remplir le formulaire *Relevé de compte*, ainsi que nombre de renseignements susceptibles de faciliter les relations avec la Régie.

Les dispensateurs conventionnés chargés de l'application de ce programme trouveront dans ce manuel les modalités d'attribution des aides visuelles, de leur entretien, de leur remplacement, de leur réparation et de leur financement.

La Régie remet à chaque nouveau dispensateur conventionné oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite, renouvelable sur commande.

Lorsqu'un texte du manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la signification des références au verso de la présente page*).

Les dispensateurs conventionnés et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel, et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

#

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section *Services aux professionnels* pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé « INFO PROF » (en tout temps) :

- Québec : 418 528-7763

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX/ MMMM 20AA / ZZ

MAJ = mise à jour
XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier
MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** indique une modification d'ordre administratif
(ex. : ajout et/ou correction d'un « **AVIS** », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);
- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, décret, règlement ou autre document officiel.
- **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'**Amendement** relatif à l'**Entente-cadre**.

Note : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, c'est le **numéro** du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES	1
# 1.1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME	1
1.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE	1
1.2.1 Description de la carte	1
1.2.2 Modèles de carte	2
1.2.3 Vérification de la carte (validité)	3
1.3 DOSSIER D'UNE PERSONNE ADMISE AU PROGRAMME D'AIDES VISUELLES	4
2. FOURNISSEURS	1
section à venir	
3. DISPENSATEURS	1
3.1 TEXTE DE L'ACCORD CONCLU ENTRE LA RÉGIE ET L'ÉTABLISSEMENT	1
3.2 ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS	4
4. RÈGLEMENT	1
# section à venir	
5. RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE	1
Voir page sommaire de cet onglet	
6. PAIEMENT	1
6.1 MODE DE PAIEMENT	1
6.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
6.3 ÉTAT DE COMPTE	2
6.4 RÈGLEMENT DES RELEVÉS DE COMPTE ET DES DEMANDES DE RÉVISION	4
6.5 ANNULATION D'UN RELEVÉ DE COMPTE	7
6.6 MESSAGES EXPLICATIFS	7
7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	1
7.1 NATURE DES SERVICES	1
7.2 CODES DE SERVICES ADMINISTRATIFS	1
# 7.3 DOSSIER D'UNE PERSONNE ADMISE AU PROGRAMME D'AIDES VISUELLES	1

	<i>Page</i>
#7.4. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS RELATIFS AUX DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES.....	2
#8. TARIF DES AIDES VISUELLES ET DES SERVICES AFFÉRENTS ASSURÉS.....	1
# Voir page sommaire de cet onglet	

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 familial ou d'effectuer des activités reliées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

La déficience visuelle se caractérise, pour chaque oeil, 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 :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères);
2. Prénom usuel et 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/Signature (facultatif - Voir **1.2.2**);
7. Hologramme.

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) Carte **PHOTO** et **SIGNATURE**



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

b) Carte **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) Carte **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) Carte **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 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 les honoraires au dispensateur conventionné et celui-ci **ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800***.

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

La personne doit défrayer les honoraires au dispensateur conventionné. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire ***Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800*** et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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 **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse).
 - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case ***PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*** un astérisque (*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée;**
 - de plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case ***DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET 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.).
- **toujours** inscrire la lettre « **C** » dans la case ***C.S.***, (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**).
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case ***DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*** ou, à défaut, y inscrire tous les éléments d'identité du père ou de la mère (prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance).
- **ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* de la demande de paiement.**

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 (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 », dans le Répertoire des établissements) :*

- 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**);

- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.A.

1.3 DOSSIER D'UNE PERSONNE ADMISE AU PROGRAMME D'AIDES VISUELLES

Aux fins de l'administration de ce programme, les dispensateurs autorisés doivent constituer pour chaque personne admise au programme d'aides visuelles 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) une copie du relevé de compte;
- d) une pièce confirmant la date de réception de la demande de service de la personne assurée;
- e) un certificat de garantie de l'aide prêtée;
- # f) un rapport clinique de l'équipe spécialisée en réadaptation attestant du besoin pour chacune des aides attribuées ou remplacées;
- g) tout autre document nécessaire à l'évaluation du relevé de compte.

2. FOURNISSEURS

POUR USAGE FUTUR.

3. DISPENSATEURS

3.1 TEXTE DE L'ACCORD CONCLU ENTRE LA RÉGIE ET L'ÉTABLISSEMENT

ACCORD

ENTRE

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale de droit public légalement constituée en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5), ayant son siège social au 1125, chemin St-Louis, Sillery, et représentée par son président-directeur général, _____, dûment autorisé aux fins des présentes;

ci-après appelée « La Régie »

ET

_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) _____ personne morale de droit public légalement constituée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), ayant son siège au _____, et est représenté par _____, dûment autorisé aux fins des présentes.

ci-après appelé « L'Établissement »

ATTENDU QU'aux termes du sixième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29), la Régie rembourse à un établissement reconnu à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux le coût d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation des aides visuelles déterminées comme assurées que cet établissement a prêtées à un bénéficiaire qui est un handicapé visuel dont l'âge est fixé à ces fins par règlement, selon les modalités et les conditions prescrites;

ATTENDU QUE l'Établissement représenté aux présentes est un établissement tel que le prévoit la Loi sur l'assurance maladie;

ATTENDU QUE l'Établissement représenté aux présentes a été reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément au sixième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie;

ATTENDU QUE l'Établissement reconnu en est un au sens de l'article 3 du Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;

ATTENDU QUE la Régie et l'Établissement désirent conclure un tel accord au regard exclusivement des activités du (nom du centre exploité par l'Établissement) et des services qui y sont dispensés;

EN CONSÉQUENCE, les parties conviennent de ce qui suit :

1. La Régie s'engage envers l'Établissement, au regard exclusivement des services dispensés par (le nom du centre exploité par l'Établissement), à :
 - a) fournir à l'Établissement les formules qu'il doit utiliser aux fins du présent accord;
 - b) statuer sur la qualité de bénéficiaire au sens de la Loi sur l'assurance maladie d'un handicapé visuel, sur réception de la formule prévue pour le remboursement ou pour l'autorisation, s'il en est;

- c) rembourser à l'Établissement, selon les modalités prévues au Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, ci-après appelé « Règlement », le coût d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation des aides visuelles et de leurs compléments lorsqu'il les prête à un handicapé visuel au sens de ce même Règlement qui présente une carte d'assurance maladie non expirée;
2. En contrepartie l'Établissement s'engage, au regard exclusivement des activités du (nom du centre exploité par l'Établissement), à :
- a) respecter les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements;
 - b) s'assurer que le handicapé visuel présente une carte d'assurance maladie non expirée et qu'il satisfasse aux exigences particulières prévues à la Loi sur l'assurance maladie et au Règlement;
 - c) informer le handicapé visuel de ses droits et obligations qui résultent de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements;
 - d) s'assurer, avant de prêter une aide visuelle à un handicapé visuel, que la Régie n'a pas déjà autorisé un autre établissement reconnu à prêter à ce même handicapé visuel une aide visuelle du même type;
 - e) maintenir l'inventaire des aides visuelles dont la Régie a déjà remboursé le coût;
 - f) apposer un numéro distinctif sur toute aide ainsi que sur ses compléments;
 - g) informer la Régie de tout prêt, de toute réparation, de tout remplacement ou de tout ajustement d'une aide visuelle en présentant à cette fin la formule prévue à la Loi sur l'assurance maladie et lui fournir tout renseignement dont elle a besoin pour justifier un remboursement réclamé, s'il y a lieu;
 - h) informer la Régie de toute récupération d'une aide visuelle;
 - i) transmettre à la Régie les renseignements dont elle a besoin pour apprécier la demande d'autorisation prévue au Règlement, s'il en est;
 - j) transmettre à la Régie une demande de paiement dûment complétée sur la formule prévue à cette fin par la Régie et lui fournir tous les renseignements et documents qu'elle requiert et dont elle a besoin pour apprécier une telle demande;
 - k) s'assurer que les formules soumises à la Régie sont signées par une personne autorisée à cette fin par l'Établissement ainsi que par le handicapé visuel ou son représentant, s'il y a lieu;
 - l) fournir à la Régie un spécimen de la signature de la personne que l'Établissement a autorisée à signer;
 - m) une fois l'an, s'assurer que les aides visuelles prêtées à un handicapé visuel sont utilisées par lui et qu'il satisfait encore aux conditions d'attribution énoncées au Règlement;
 - n) récupérer une aide visuelle qui n'est plus utilisée par un handicapé visuel parce qu'il n'est plus en mesure de s'en servir, au décès de ce dernier ou lorsqu'il ne satisfait plus aux conditions d'attribution prévues au Règlement;

- o) effectuer ou faire effectuer les réparations nécessaires à une aide visuelle dès que cette dernière a été récupérée à moins que le prêt subséquent d'une telle aide ne soit aléatoire en raison de la nature très spécifique de cette aide;
 - p) prêter en premier lieu les aides visuelles qui ont été récupérées;
 - q) constituer et maintenir à jour un dossier pour chaque handicapé visuel qui reçoit un service assuré. Ce dossier doit contenir ses nom et prénom(s) à la naissance, son adresse, son numéro d'assurance maladie, tout renseignement utile le concernant, les relevés de compte faits par l'Établissement à la Régie, l'état de compte du fournisseur émis lors d'une acquisition ou d'une réparation, les documents relatifs aux frais afférents ainsi que tout autre information pertinente reliée aux obligations résultant du présent accord;
 - r) conserver tout document pertinent à l'achat, à l'ajustement, au remplacement, à la réparation et au prêt d'une aide visuelle. Les factures doivent mentionner la date d'achat ou de service;
 - s) conformément aux procédures d'usage en matière d'enquête, donner accès à la personne désignée par la Régie à tout document relatif à l'application de la Loi sur l'assurance maladie et pertinent à l'objet visé par le présent accord, lui permettre de l'examiner et d'en tirer copie; produire tout autre document pertinent exigé par la Régie;
3. En cas de défaut d'une partie de respecter les termes du présent accord, ce dernier peut être résilié sur avis de l'autre partie sans aucune autre formalité.
4. Le présent accord prend effet le _____ et est reconduit automatiquement d'une année à l'autre; toutefois, chacune des parties peut mettre fin au présent accord en tout temps en transmettant à l'autre partie, par courrier recommandé, un avis écrit à cette fin. Cet avis prend effet le trentième jour de la date de sa mise à la poste.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé, en deux exemplaires,

à _____ à Sillery,
 ce^e jour 20 ce^e jour 20

L'ÉTABLISSEMENT

**LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC**

AVIS : *Ce texte de l'accord est proposé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.*

3.2 ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS

- # Aux fins de ce programme, les douze établissements suivants sont reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux et ils détiennent un permis à cet égard.

Ces établissements ont été autorisés à la suite de la signature d'un accord avec la Régie leur permettant de traiter directement avec elle.

RÉGION 01 - BAS SAINT-LAURENT

Centre mistissien de santé et de services communautaires (9510066) (*)
800, chemin du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6

Téléphone : 418 775-7261

Télécopieur : 418 775-6130

RÉGION 02 - SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

- # Carrefour santé services sociaux de Jonquière (9510132) (*)
2230, rue de l'hôpital C.P. 1200
Saguenay (Québec) G7X 7X2

Téléphone : 418 695-7700

Télécopieur : 418 695-7771

RÉGION 03 - CAPITALE-NATIONALE

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (9510017) (*)
(Site Louis-Hébert)
525, boul. Hamel Est, aile J
Québec (Québec) G1M 2S8

- # Téléphone : 418 529-9141

Télécopieur : 418 529-4267

RÉGION 04 - MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC

Le Centre de réadaptation Interval (9510082) (*)
375, Vachon
Trois-Rivières (Québec) G8T 8P6

- # Téléphone : 819 378-4083

Télécopieur : 819 374-4967

RÉGION 05 - ESTRIE

Le Centre de réadaptation Estrie Inc. (9510033) (*)
300, rue King Est - bureau 200
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 346-8411

Télécopieur : 819 346-1433

RÉGION 06 - MONTRÉAL

L'Association montréalaise pour les aveugles (9510058) (*)
7000, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H4B 1R3

- # Téléphone : 514 488-5552

Télécopieur : 514 489-3477

(*) Numéro d'inscription à la Régie.

RÉGION 07 - OUTAOUAIS

Le Centre de réadaptation La Ressource (9510108) (*)
135, boulevard Saint-Raymond
Gatineau (Québec) J8Y 6X7

Téléphone : 819 777-3293

ATS : 819 777-0701

Télécopieur : 819 777-7174

RÉGION 08 - ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Le Centre de réadaptation La Maison (9510090) (*)
100, chemin Docteur-Lemay
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5T2

#

Téléphone : 819 762-6592

Télécopieur : 819 762-0084

RÉGION 09 - CÔTE-NORD

Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (9510116) (*)
1250, rue de Lestrat
Baie-Comeau (Québec) G5C 1T8

Téléphone : 418 589-2038

Ailleurs : 1 866 389-2038

Télécopieur : 418 589-6227

RÉGION 11 - GASPÉSIE - ÎLES-DE-LA-MADELEINE

Centre de réadaptation de la Gaspésie (9510124) (*)
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

Téléphone : 418 763-3325

Télécopieur : 418 764-2077

RÉGION 14 - LANAUDIÈRE

Le Centre de réadaptation Le Bouclier (9510074) (*)
60, rue Aubert
Repentigny (Québec) J6A 4N8

Téléphone : 450 581-3113

Ailleurs : 1 888 880-8240

Télécopieur : 450 581-6471

RÉGION 16 - MONTÉRÉGIE

L'institut Nazareth et Louis-Braille (9510025) (*)
1111, rue Saint-Charles Ouest
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Téléphone : 450 463-1710

Ailleurs : 1 800 361 7063

Télécopieur : 450 463-0243

(*) Numéro d'inscription à la Régie.

4. RÈGLEMENT

SECTION À VENIR.

INDEX

	<i>Page</i>
5. RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE	2
5.0 AVANT-PROPOS	2
5.1 RELEVÉ DE COMPTE	3
5.1.1 Description du relevé de compte (<i>formulaire n° 1404</i>)	3
5.2 RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE	4
5.2.1 Identité de la personne assurée	4
5.2.2 Identité de l'établissement	5
5.2.3 Appareil transféré	5
5.2.4 Renseignements complémentaires et C.A.	6
5.2.4.1 C.A. (code administratif)	6
5.2.4.2 Document complémentaire (<i>formulaire n° 3566</i>)	7
5.2.5 Renseignements requis	9
5.2.6 Biens et services	10
5.2.7 Signature de la personne assurée ou de son répondant	11
5.2.8 Signature du responsable de l'établissement	11
5.3 EXPÉDITION DU RELEVÉ DE COMPTE	11
5.4 DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 3567</i>)	12
5.5 EXEMPLES DE FACTURATION	14
A - Facturation de l'acquisition initiale d'une aide à prix maximum	14
B - Facturation d'une réaffectation avec réparation	15
C - Facturation d'une réparation	16
D - Facturation d'un retour, d'une mise en réparation ou de la non réutilisation d'une aide	17
E - Facturation du remplacement d'une aide utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite	18
# F - Facturation d'une aide qui, dans le passé, a fait l'objet d'un prêt selon la Partie II et qui est prêtée à nouveau selon la Partie I en vertu des articles 15 et 22 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i>	19

5. RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE

5.0 AVANT-PROPOS

La Régie fait parvenir à l'établissement reconnu qui en fait la demande, un approvisionnement de formulaires *Relevé de compte n° 1404*. L'établissement reconnu peut demander un nouvel approvisionnement à la Régie, au besoin, en utilisant le formulaire *Commande de formulaires n° 1491*.

Les renseignements qui doivent être inscrits sur le *Relevé de compte* sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'accord et nécessaires à son appréciation aux fins de paiement.

- # La présente section a pour but d'expliquer la façon de rédiger le formulaire *Relevé de compte* ou tout autre relevé de compte reconnu par la Régie. Suivre les indications suivantes :

- écrire les renseignements lisiblement;
- ne jamais écrire au verso; au besoin, fournir des explications supplémentaires sur le formulaire *Document complémentaire n° 3566*;
- inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour. Ainsi, le 1^{er} janvier 20AA s'écrit 20AA-01-01;

ATTENTION :

Le relevé de compte comporte trois feuillets dont le dernier constitue l'exemplaire qui doit être transmis à la Régie. S'assurer que les données qui y sont reproduites sont très lisibles.

- # Toute erreur ou omission (date, etc.) dans la rédaction du relevé de compte peut entraîner une annulation, un refus total ou partiel de celui-ci.

5.1 RELEVÉ DE COMPTE

5.1.1 Description du relevé de compte (formulaire n° 1404)

Le relevé de compte comporte 9 sections :

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 385 07005	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Régie de l'assurance maladie Québec		APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES		
	PRÉNOM ET NOM N LA NAISSANCE				RENSEIGNEMENTS REQUIS				
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SECOURSIEL DE LA CARTE				PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE		DATE DES SERVICES		
	DATE DE NAISSANCE				ECRIRE CIRCULER		ANNÉE MOIS JOUR		
	ADRESSE				ACUTE VISUELLE		CHAMP VISUEL		
	ANNÉE MOIS JOUR SEXE				OEIL DROIT		OEIL GAUCHE		
	EXPIRATION				OEIL DROIT		OEIL GAUCHE		
	CODE POSTAL				NAT		CODE		
	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		BIEN NUMÉRO D'APPAREIL		SERVICE UNITES		
	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		RAT SON		MONTANT		
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ		TRANSFERT NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE		6		SPÉCIMEN			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				4					
MODE DE COMMUNICATION: <input type="checkbox"/> BRILLE <input type="checkbox"/> SONORE <input type="checkbox"/> GROSSISSEMENT CARACTÈRES <input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS				SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RÉPONDANT		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT		TOTAL	
				8		9			

#

1. Identité de la personne assurée;
2. Nom et numéro de l'établissement;
3. Transfert;
4. Renseignements complémentaires;
5. Renseignements requis;
6. Biens et services;
7. Mode de communication (*);
8. Signature de la personne assurée ou de son répondant;
9. Signature du responsable de l'établissement.

(*) Ce bloc d'information doit être rempli lorsqu'une aide de la partie II est facturée.

5.2 RÉDACTION DU RELEVÉ DE COMPTE

5.2.1 Identité de la personne assurée

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 285 07/06	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE UNTP 48122709		Régie de l'assurance maladie Québec		APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES	
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Untel		201011		PERSONNE ASSURÉE INAPTE À L'ÉCRURE		RENSEIGNEMENTS REQUIS	
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE 48 12 27 M		C.A.		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION			
	ADRESSE 100, Fictive, Québec (Québec)		CODE POSTAL G1B1K4		OUI VISUELLE		CHAMP VISUEL	
	OUI VISUELLE		OUI GAUCHE		OUI DROIT		OUI GAUCHE	
	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		NUMÉRO		BIEN		SERVICE	
	NAT.		CODE		NUMÉRO D'APPAREIL		CODE UNITÉS	
	NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ		TRANSFÉRÉ		NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTAINDURE		MONTANT	
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES							
MODE DE COMMUNICATION <input type="checkbox"/> BRAILLE <input type="checkbox"/> SONORE <input type="checkbox"/> GROSSEMENT CARACTÉRÉS <input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS		SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RÉPONDANT		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT		TOTAL		

La section réservée à l'identité de la personne assurée est conçue de façon à recevoir, en plus de l'adresse de la personne, tous les renseignements figurant sur sa carte d'assurance maladie.

L'imprimante permet de reproduire sur le relevé de compte tous les éléments de l'identité de la personne, sauf l'adresse. Celle-ci doit être inscrite dans la case prévue à cette fin.

À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire sur le relevé de compte les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne et inscrire l'adresse complète.

Remarque : Il est de la responsabilité de l'établissement autorisé de toujours s'assurer de l'admissibilité de la personne en lui demandant sa carte d'assurance maladie et de **vérifier la validité de la carte** par la photographie, la signature et la date d'expiration qui y est inscrite. (voir l'onglet *Personnes assurées*, section 1.2.3).

L'exemple précédent illustre la section réservée à l'identité de la personne dûment rédigée.

5.2.2 Nom et numéro de l'établissement

L'identité de l'établissement comporte les éléments suivants :

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 104 - 285 - 07/05	0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec				APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES				
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX/ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE					RENSEIGNEMENTS REÇUS				PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE			
	DATE DE NAISSANCE					C.A.				DATE DES SERVICES			
	ADRESSE					OUI				ANNÉE			
	ANNÉE MOIS JOUR I SEXE					OUI				MOIS JOUR			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT					NUMÉRO					BIEN			
Étab. conventionné					9590119					NUMÉRO D'APPAREIL			
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ					TRANSFERT					SERVICE			
NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE										CODE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES										UNITÉS			
										TRAISON			
										MONTANT			
MODE DE COMMUNICATION :					SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON REPRÉSENTANT					SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT			
<input type="checkbox"/> BRAILLE													
<input type="checkbox"/> GROSSEMENT CARACTÉRÉS													
<input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS													
										TOTAL			

- NOM : Le nom de l'établissement.
- NUMÉRO : Le numéro de permis attribué par la Régie à l'établissement (7 caractères numériques).

L'identité de l'établissement ne doit comporter aucune erreur

5.2.3 Appareil transféré

- Inscrire le numéro de l'appareil transféré.
- Inscrire le numéro de l'établissement attribué par la Régie.

5.2.4 Renseignements complémentaires et C.A.

Utiliser cette section pour donner des renseignements jugés nécessaires à l'appréciation du relevé de compte. Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, **utiliser un document complémentaire** (*formulaire n° 3566*) pour ajouter les renseignements requis; inscrire la lettre « **A** » dans la case **C.A.** et joindre le document au relevé de compte.

5.2.4.1 C.A. (Code administratif)

Inscrire la (les) lettre(s) appropriée(s) dans la case **C.A.** lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes sont rencontrées :

A : Document afférent.

Ce document doit être annexé au relevé de compte à l'aide d'un trombone (ne pas brocher).

B : Refacturation (voir la section *Paiement*).

C : La personne ne peut présenter sa carte d'assurance maladie parce qu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas mentionné à l'onglet *Personnes assurées*, section 1.2.3.

D : Le relevé de compte fait suite à une demande d'autorisation.

E : Un document de prise en charge est annexé au relevé de compte.

Remarque : Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours les inscrire en respectant l'ordre alphabétique.

Le document complémentaire comporte quinze sections et se rédige comme suit :

1. NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : Inscrire le nom de l'établissement.
2. NUMÉRO DE PERMIS : Le numéro de permis attribué par la Régie à l'établissement.
3. NUMÉRO DU RELEVÉ DE COMPTE : Inscrire **le numéro de référence figurant au coin supérieur gauche du relevé de compte.**
4. NOM DE LA PERSONNE : Inscrire le prénom au complet et le nom de famille à la naissance de la personne qui reçoit le service.
5. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne.
6. DATE DES SERVICES : Inscrire **la même date que sur le relevé de compte.**
- # 7. NATURE : Inscrire la nature 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ou 10.
8. CODE : Inscrire le code de bien tel qu'il figure dans votre manuel « Liste des aides visuelles ».
9. NUMÉRO DE L'APPAREIL : Inscrire le numéro de l'appareil.
10. CODE DE SERVICE : Inscrire le code de service approprié (voir onglet 7. *Renseignements administratifs*).
11. UNITÉS : Inscrire le nombre d'unités lorsqu'il s'agit des codes de main-d'œuvre (1 quart d'heure ou fraction de quart d'heure = 1 unité).
12. RAISON : Inscrire le chiffre correspondant à la raison qui justifie le retour ou le remplacement de l'aide.
13. MONTANT : Inscrire les honoraires correspondant au code et aux unités, s'il y a lieu.
14. TOTAL : Le coût total des biens et services apparaissant sur ce document doit **être reporté sur le relevé de compte afférent avec le code de facturation 999.**
15. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : Dans cette partie du formulaire, donner de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* de votre relevé de compte.

5.2.5 Renseignements requis

Cette section comporte les éléments suivants :

- Personne inapte à lire, écrire et circuler

Inscrire un X dans la ou les case(s) appropriée(s).

- C.A. (code administratif)

Voir point 5.2.4.1

- Date des services

Inscrire la date de prise de possession de l'appareil par la personne assurée ou la date à laquelle le service a été rendu.

DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ - Ex. : 21 janvier 20AA s'écrit 20AA-01-21

- Acuité visuelle ou champ visuel

Inscrire la valeur appropriée pour chaque oeil.

- # **Remarque :** L'acuité visuelle doit être fournie sur une échelle de 6 mètres et, s'il y a lieu, le champ visuel de la personne doit être précisé, la mention « inférieur à 60 degrés » n'est pas acceptée. Si l'acuité visuelle ne peut être mesurée, veuillez utiliser les codes d'acuité correspondants (voir la section 7.4.3. sous l'onglet 7. *Renseignements administratifs*).

5.2.6 Biens et services

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 (206) 0705

FRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉPARÉMENT DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE : ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE |

ADRESSE : ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE |

EXPIRATION : ANNÉE | MOIS | JOUR |

CODE POSTAL

PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE ÉCRIRE CIRCULER CA

RENSEIGNEMENTS REQUIS : ANNEE | MOIS | JOUR

ACUÏTÉ VISUELLE OÛIL DROIT OÛIL GAUCHE

CHAMP VISUEL OÛIL DROIT OÛIL GAUCHE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO	NAT.	CODE	BIEN NUMÉRO D'APPAREIL	SERVICE CODE	UNITÉS	RAISON	MONTANT	
TRANSFERT									
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ									
NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE									
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES									
SPÉCIMEN									
MODE DE COMMUNICATION : <input type="checkbox"/> BRAILLE <input type="checkbox"/> SONORE <input type="checkbox"/> GROSSEMENT CARACTÉRISÉ <input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS									
SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RÉPONDANT				SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT				TOTAL	

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Cette section comporte les éléments suivants :

- NATURE : Inscrive la nature du service demandé (voir onglet 7. *Renseignements administratifs*). Une seule nature est permise par ligne de service.
- CODE : Inscrive le code de bien selon la liste des biens et services assurés.
- NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrive le numéro d'appareil attribué à l'aide visuelle.
- CODE DE SERVICE : Inscrive le code de service (voir onglet 7. *Renseignements administratifs*).
- UNITÉS : Inscrive le nombre d'unités lorsqu'il s'agit d'un code de main-d'œuvre (1 unité = ¼ d'heure ou une fraction de quart d'heure).
- RAISON : Inscrive le code de raison (voir onglet 7. *Renseignements administratifs*) justifiant le retour, la non réutilisation ou la mise en réparation de l'aide (nature 4, 5 ou 7).
- MONTANT : Inscrive le coût des services lors de l'achat initial ou de la réparation de l'aide.
- TOTAL : Inscrive la somme des montants demandés.

5.2.7 Signature de la personne assurée ou de son répondant

La présence dans cette case de la signature de la personne assurée ou de son répondant est essentielle au règlement du relevé de compte : sans elle, la Régie n'est pas légalement autorisée à rembourser les biens et services réclamés.

Les seules circonstances dans lesquelles l'absence de la signature de la personne assurée ou de son répondant peut être justifiée sont les suivantes :

- lorsqu'un relevé de compte doit être resoumis à la suite de l'annulation, pourvu que l'absence de la signature de la personne assurée ou de celle de son répondant ne soit pas la cause de l'annulation du relevé de compte;
- lorsque, pour des raisons exceptionnelles, l'appareil doit être expédié à la personne assurée, le responsable de l'établissement peut signer en lieu et place, aux fins de paiement. Dans ce cas, préciser la raison de l'absence de la signature de la personne ainsi que le mode et la date de l'expédition de l'appareil dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

5.2.8 Signature du responsable de l'établissement

Le responsable mandaté à cette fin par l'établissement doit signer à la main chaque relevé de compte.

5.3 EXPÉDITION DU RELEVÉ DE COMPTE

Avant d'expédier le relevé de compte à la Régie :

- remettre à la personne l'exemplaire qui lui est destiné, le cas échéant;
- conserver l'exemplaire de l'établissement en vue d'effectuer la conciliation avec l'état de compte et de répondre aux éventuelles demandes de renseignements de la Régie;
- expédier l'exemplaire de la Régie dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cette fin, pas plus d'une fois la semaine mais au moins une fois par mois; du fait que le programme d'aides pour les handicapés visuels est basé sur le principe d'un suivi d'inventaire, il est recommandé de facturer une fois la semaine.
- toujours s'assurer que les envois sont suffisamment affranchis et inscrire le nom et l'adresse de l'établissement autorisé dans le coin supérieur gauche de l'enveloppe;
- les relevés de compte doivent être expédiés exclusivement à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Description du formulaire :

1. Nom et prénom de la personne assurée
2. Numéro d'assurance maladie
3. Numéro du relevé de compte
4. Code de bien devant être pris en charge
5. Un numéro d'appareil doit être attribué
6. Description du bien
7. Date d'acquisition du bien par la personne
8. Prix d'achat de ce bien
- # 9. Origine du paiement de ce bien
1 = BÉN (bénéficiaire)
2 = AUTRE (tout autre personne ou organisme)
10. Signature de la personne assurée
11. Signature du responsable de l'établissement

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION

A. Facturation de l'acquisition initiale d'une aide à prix maximum

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 (205) 07005

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉLÉRETEL DE LA CARTE		PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE ÉCRIRE CIRCULER C.A.		RENSEIGNEMENTS REQUIS DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE		ACUITE VISUELLE		DATE DES SERVICES	
ANNÉE MOIS JOUR I SEXE		Oeil DROIT Oeil GAUCHE		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		Oeil DROIT Oeil GAUCHE		CHAMP VISUEL Oeil DROIT Oeil GAUCHE	
EXPIRATION					
CODE POSTAL					
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		BIEN		MONTANT	
NUMÉRO		NUMÉRO D'APPAREIL		RAT. SON	
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ		CODE DE SERVICE		UNITÉS	
TRANSFERT NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES					
SPÉCIMEN		1 8 4 1 9 2 2 2 2 2 2		1 3 0 0 0 0	
		1 8 4 1 9 2 2 2 2 2 2		9 0 0	
		1 8 4 1 9 2 2 2 2 2 2		9 0 3	
		1 8 4 1 9 2 2 2 2 2 2		9 0 6	
MODE DE COMMUNICATION <input type="checkbox"/> BRAILLE <input type="checkbox"/> SONORE <input type="checkbox"/> GROSSEMENT CARACTÉRÉS <input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS		SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RÉPONDANT		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT	
				1 5 5 0 0 0 TOTAL	

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

#

NATURE : Inscire le code « 1 » correspondant à l'acquisition initiale.

CODE DE BIEN : Inscire le code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscire le numéro d'appareil.

CODE DE SERVICE : Inscire le code correspondant à l'un des codes de service énumérés à l'onglet 7. *Renseignements administratifs.*

UNITÉS : Ne rien inscrire dans cette case.

RAISON : Ne rien inscrire dans cette case.

MONTANT : Inscire le coût des services.

TOTAL : Inscire la somme des montants demandés.

Remarque : Au prix de l'aide peuvent s'ajouter les frais afférents, les frais d'expédition et le taux de change mais le total ne peut excéder le prix maximum fixé par Règlement.

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION (suite)

B. Facturation d'une réassignation avec réparation

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				PERSONNE ASSURÉE INAPTE À L'ÉCRIRE		RENSEIGNEMENTS REQUIS	
NOM DE L'ÉPOLY ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				CICHLER		DATE DES SERVICES	
DATE DE NAISSANCE				C.A.		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE				OUI OUI		OUI OUI	
EXPIRATION				OUI OUI		OUI OUI	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT				BIEN		MONTANT	
NUMÉRO				NUMÉRO D'APPAREIL		RAISON	
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ				CODE		MONTANT	
NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE				CODE		MONTANT	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE		MONTANT	
SPÉCIMEN				2		5,91	
				3		5,91	
MODE DE COMMUNICATION				9888777		9,01	
SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON REPRÉSENTANT				9888777		9,04	
SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT				9888777		0,04	
						5,00	
						0,00	
						TOTAL	
						5,00	

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 285 07/05

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

NATURE : Inscrire le code « 2 » correspondant à la réassignation et le code « 3 » correspondant à la réparation.

CODE DE BIEN : Inscrire le code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrire le numéro d'appareil.

CODE DE SERVICE : Inscrire le code correspondant à l'un des codes de service énumérés à l'onglet 7. *Renseignements administratifs.*

UNITÉS : Inscrire le nombre d'unités correspondant au temps de main-d'oeuvre (1 unité = ¼ d'heure ou fraction de quart d'heure).

RAISON : Ne rien inscrire dans cette case.

MONTANT : Inscrire le coût des services.

TOTAL : Inscrire la somme des montants demandés.

Remarque : Vous devez inscrire la nature « 2 » sur une ligne de service précédant la nature « 3 ».

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION (suite)

C. Facturation d'une réparation

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES

RENSEIGNEMENTS REÇUS

PERSONNE ASSURÉE INAPTE À L'ÉCRIRE

PERSONNE ASSURÉE INAPTE À CIRCULER

DATE DES SERVICES

ANNÉE MOIS JOUR

ACUITE VISUELLE

CHAMP VISUEL

OEIL DROIT OEIL GAUCHE

OEIL DROIT OEIL GAUCHE

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 104 285 0705

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

NAT.	CODE	BIEN	NUMÉRO D'APPAREIL	SERVICE	UNITÉS	RAISON	MONTANT
3	4,0,1	93333333	9,0,1				3,00,0
3	4,0,1	93333333	9,0,4	0,0,2			1,60,0
							TOTAL

MODE DE COMMUNICATION

BRILLE SONORE

GROSSEMENT CARACTÉRÉS

LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RÉPONDANT

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

4,60,0

SPÉCIMEN

NATURE : Inscrire le code « 3 » correspondant à la réparation.

CODE DE BIEN : Inscrire le code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrire le numéro d'appareil.

CODE DE SERVICE : Inscrire le code correspondant à l'un des codes de service énumérés à l'onglet 7. *Renseignements administratifs*.

UNITÉS : Inscrire le nombre d'unités correspondant au temps de main-d'oeuvre (1 unité = ¼ d'heure ou fraction de quart d'heure).

RAISON : Ne rien inscrire dans cette case.

MONTANT : Inscrire le coût des services.

MODE DE COMMUNICATION : Cocher la case appropriée lorsque vous facturez une aide de la partie II.

TOTAL : Inscrire la somme des montants demandés.

Remarque : Pour les codes 904 (main-d'oeuvre-établissement) et 905 (main-d'oeuvre-fournisseur), le nombre d'unités doit toujours être indiqué.

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION (suite)

D. Facturation d'un retour, d'une mise en réparation ou de la non réutilisation d'une aide

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

APPUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES

PRENOM ET NOM À LA VASSINANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO
SECOURSITA DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ADRESSE ANNUÉE | EXPIRATION | CODE POSTAL

PERSONNE ASSURÉE N'APPEL À LIRE ÉCRIRE CIRCULER CA

RENSEIGNEMENTS REQUIS DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

OÛIL DROIT ACOUTE VISUELLE OÛIL GAUCHE OÛIL DROIT OÛIL GAUCHE

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 350 0706

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT NUMÉRO

BIEN N° 5 CODE 4,3,7 N° 9555544 SERVICE RAI 9 MONTANT 9

NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Loupe cassée

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

MODE DE COMMUNICATION: BRILLE SONORE GROSSISSEMENT CARACTÈRES LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RESPONDANT

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

TOTAL

NATURE : Inscrire le code « 4 » pour un retour, le code « 7 » pour une mise en réparation et le code « 5 » pour une non réutilisation.

CODE DE BIEN : Inscrire le code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrire le numéro d'appareil.

CODE DE SERVICE : Ne rien inscrire dans cette case.

UNITÉS : Ne rien inscrire dans cette case.

RAISON : Inscrire le code correspondant à la raison, voir la section 7.4.1 sous l'onglet 7. *Renseignements administratifs*.

MONTANT : Ne rien inscrire dans cette case pour ce code.

TOTAL : Inscrire la somme des montants demandés au relevé de compte, s'il y a lieu.

Remarque : La raison doit toujours être indiquée lorsqu'une nature 4, 5 ou 7 est facturée. De plus, selon la raison, certains documents ou justifications sont exigés, voir onglet 7. *Renseignements administratifs*. Dans tous les cas, lorsque la nature 5 est facturée, vous devez préciser la raison pour laquelle l'aide n'est plus utilisable.

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION (suite)

E. Facturation du remplacement d'une aide utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite

RELEVÉ DE COMPTE AIDES VISUELLES - 1404 286 0705

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
Régie de l'assurance maladie Québec		APPLUYER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCÉNODITIEL DE LA CARTE		RENSEIGNEMENTS REQUIS	
DATE DE NAISSANCE		PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE ÉCRIRE CIRCULER CA	
ADRESSE		ANNÉE SERVICES MOIS JOUR	
CODE POSTAL		ACOUTÉ VISUELLE OŒIL DROIT OŒIL GAUCHE CHAMP VISUEL OŒIL GAUCHE	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		BIEN	
NUMÉRO		NUMÉRO D'APPAREIL	
NAT. CODE		SERVICE	
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ		RAISON	
NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE		MONTANT	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		SPÉCIMEN	
Prix Achat : 1 200,00			
MODE DE COMMUNICATION		SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RESPONDANT	
BRILLE SONORE		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT	
GROSSISSEMENT CARACTÈRES		TOTAL	
LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS			

EXEMPLAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

#

NATURE : Inscrire le code « 8 » correspondant au remplacement d'une aide utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite.

CODE DE BIEN : Inscrire le code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrire le nouveau numéro de l'appareil.

CODE DE SERVICE : Ne rien inscrire dans cette case.

UNITÉS : Ne rien inscrire dans cette case.

RAISON : Ne rien inscrire dans cette case.

MONTANT : Ne rien inscrire dans cette case pour ce code.

TOTAL : Inscrire la somme des montants demandés au relevé de compte, s'il y a lieu.

Remarque : Le prix d'achat de l'aide qui remplace l'aide qui fût utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite doit toujours être indiqué dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Aucun coût d'achat ne sera remboursé pour cette aide, seul le coût des réparations sera assumé par la Régie.

18

MAJ 13 / juin 2011 / 99

5.5 EXEMPLES DE FACTURATION (suite)

F. Facturation d'une aide qui, dans le passé, a fait l'objet d'un prêt selon la Partie II et qui est prêtée à nouveau selon la Partie I. (suite)

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		APPLIQUER FORTEMENT POUR QUE TOUTES LES COPIES	
PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				PERSONNE ASSURÉE INAPTE À LIRE ÉCRIRE CIRCULER CA		RENSEIGNEMENTS REQUIS DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	
DATE DE NAISSANCE				ACUÏTÉ VISUELLE OÛIL DROIT OÛIL GAUCHE		CHAMP VISUEL OÛIL DROIT OÛIL GAUCHE	
ADRESSE ANNÉE MOIS JOUR L. SEXE				EXPIRATION			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT NUMÉRO				NAT. CODE BIEN NOMBRE D'APPAREIL SERVICE CODE UNITÉS RAI/SON MONTANT			
NO DE L'APPAREIL TRANSFÉRÉ NO DE L'ÉTABLISSEMENT DU DESTINATAIRE				0,2 8,5,9 9333333			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				0,2 5,2,9 9444444			
MODE DE COMMUNICATION: <input type="checkbox"/> BRAILLE <input type="checkbox"/> SONORE <input type="checkbox"/> GROSSEMENT CARACTÉRÉS <input type="checkbox"/> LECTURE DOCUMENTS IMPRIMÉS				SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE SON RESPONDANT		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT	
						TOTAL	

ÉTAPE 2 - RÉASSIGNATION DE L'AIDE À LA PARTIE I

NATURE : Inscrire le code « 2 » correspondant à la réassignation.

CODE DE BIEN : Inscrire le nouveau code de bien.

NUMÉRO D'APPAREIL : Inscrire le numéro d'appareil.

CODE DE SERVICE : Ne rien inscrire dans cette case.

UNITÉS : Ne rien inscrire dans cette case.

RAISON : Ne rien inscrire dans cette case.

MONTANT : Ne rien inscrire dans cette case.

TOTAL : Inscrire la somme des montants demandés, s'il y a lieu.

Remarque : S'il y a lieu, inscrire dans la section *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* l'ancien code de bien, le numéro de l'appareil et demander le changement de code de bien, soit 859 pour une télévisionneuse ou 529 pour un afficheur braille.

6. PAIEMENT

Pour avoir le droit d'être rémunéré par la Régie, le dispensateur doit soumettre un relevé de compte **dûment rempli, dans les trois mois suivant la date à laquelle la personne assurée prend possession de son appareil.**

6.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement se fait sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du dispensateur ou par chèque à la personne assurée dans les cas de frais d'entretien pour chien-guide.

Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

6.1.1 Comment adhérer au dépôt direct

Il faut d'abord prendre connaissance des « Règles régissant le paiement préautorisé au crédit (dépôt direct) » au verso du formulaire *Autorisation de paiement au crédit (dépôt direct) n° 3812*. Ce formulaire est disponible dans le site Internet de la Régie.

Remplir ensuite le formulaire et le faire parvenir à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 500
Québec (Québec)
G1K 7B4

ou le déposer à l'un des bureaux de la Régie :

- Québec : 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec)
- # - Montréal : 425, boul. de Maisonneuve Ouest, 2^e étage, bureau 202, Montréal (Québec)
- # **Remarque :** L'accès à la boîte de dépôt de Montréal est accessible seulement durant les heures de bureau du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.

6.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Les relevés de compte dûment remplis sont réglés par la Régie dans les quarante-cinq jours suivant leur réception.

Si un relevé de compte ne figure pas sur l'état de compte dans les quarante-cinq jours après son envoi à la Régie, elle doit être soumise à nouveau dans les trois mois suivant la date de prise de possession.

6.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte accompagne chaque paiement même si le solde est négatif et qu'aucun chèque n'est émis. Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200,00 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM DU DISPENSATEUR CENTRE UNTEL	NO DU DISPENSATEUR 000000	DATE DU PAIEMENT 20AA-11-25	NO CHÈQUE / VIREMENT 00000000 (c)	PAGE 1 DE 2
--	-------------------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

① CENTRE UNTEL
569 RUE FICTIVE
QUÉBEC QC
G1N 5C9

② ③ ④ ⑤

NCE	DATE DES SERVICES			NUMERO D'ASSURANCE MALADIE	CODE DE SERVICE	NCE RÉF	MESSAGE	MONTANT	
	AAAA	MM	JJ						
SOMMAIRE									
PAIEMENTS								RETENUES	MESSAGES
SPÉCIMEN									

⑥ ⑦ ⑧

HP2A01 4704 308 062008

6.3.1 Description

L'état de compte comporte en plus du sommaire et des renseignements généraux, la liste des relevés de compte et des demandes de révision qui ont fait l'objet d'une transaction avec la Régie.

6.3.1.1 Renseignements généraux

Les renseignements suivants figurent sur l'état de compte :

1. NOM DU DISPENSATEUR : Les nom et prénom du dispensateur des services.
2. NO DU DISPENSATEUR : Numéro du dispensateur des services.
3. DATE DU PAIEMENT : Date du paiement correspondant à la date du chèque.
4. NO CHÈQUE / VIREMENT : Numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant à l'état de compte.
5. PAGE : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
6. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par le dispensateur pour l'envoi de ses états de compte.
7. MESSAGE PAPILLON : Un **message d'information générale**, en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
8. SOMMAIRE : Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :
 - montant du solde précédent;
 - montant des relevés de compte payés tels que demandés;
 - montant des relevés de compte acceptés en partie;
 - montant des relevés de compte révisés;
 - montant relié aux transactions comptables (saisie, faillite, recouvrement d'honoraires, etc.);
 - solde à reporter ou montant du chèque;
 - numéro du message explicatif auquel vous devez vous référer en consultant les dernières pages de l'état de compte.

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE					
		Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM DU DISPENSATAIRE CENTRE UNTEL	NO DU DISPENSATAIRE 000000	DATE DU PAIEMENT 20AA-11-25	NO CHÈQUE / VIREMENT 00000000 (c)				
			PAGE 2 DE 2				
CENTRE UNTEL 569 RUE FICTIVE QUÉBEC QC G1N 5C9							
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	
NCE	DATE DES SERVICES AAAA MM JJ	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	CODE DE SERVICE	NCE RÉF	MESSAGE	MONTANT	
SPÉCIMEN							
REMARQUE : RÉSOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE. FIN DU RELEVÉ							
HP32 - 4704 092007							

6.3.1.2 Relevés de compte et demandes de révision qui font l'objet d'une transaction

Les renseignements inscrits à la page 2 et aux pages subséquentes de l'état de compte se divisent en trois blocs distincts :

1. Relevés de compte payés en totalité, payés en partie, annulés ou refusés et en cours de traitement.
2. Demandes de révision de relevés de compte.
3. Signification des codes des messages explicatifs inscrits sur l'état de compte. Ces codes paraissent par ordre numérique croissant et correspondent à chacun des codes des messages explicatifs relatifs aux relevés figurant sur l'état de compte.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. NCE : Numéro du relevé de compte ou demande de révision, par ordre numérique.
- 2a. DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ = Date des services inscrits sur le relevé de compte.
- 3a. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : Identification de la personne assurée par tous les caractères du numéro d'assurance maladie.
- 4a. CODE DE SERVICE : Code du service selon la liste des services assurés à la date des services.
- 5a. NCE RÉF : Correspond au numéro d'un relevé de compte antérieur.
- 6a. MESSAGE : Numéro du message explicatif auquel vous devez vous **référer à la dernière page** de l'état de compte.
- 7a. MONTANT : Pour les relevés de compte seulement, montant positif ou négatif, selon le cas (ne s'applique que lorsqu'il s'agit d'une transaction monétaire).

6.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels les dispensateurs sont soumis. Les dispensateurs doivent conserver les exemplaires de relevés de compte.

6.4 RÈGLEMENT DES RELEVÉS DE COMPTE ET DES DEMANDES DE RÉVISION

Chaque relevé de compte dûment rempli est évalué par la Régie dès réception. Il en est de même pour chaque demande de révision.

Le règlement qui intervient au terme de cette évaluation peut être différent selon que les services facturés l'ont été ou non en conformité avec la Loi sur l'assurance maladie, ses règlements et les accords en vigueur.

6.4.1 Relevés de compte autorisés en totalité

Le montant payé par la Régie correspond à celui qui est demandé par le dispensateur.

6.4.2 Relevés de compte refusés en partie ou en totalité

Le relevé de compte figure à l'état de compte avec un montant payé par la Régie moindre que le montant demandé ou sans aucun montant. Il est accompagné d'un ou des code(s) de message(s) explicatif(s) approprié(s).

Si vous vous voyez refuser en partie ou en totalité le paiement des services que vous avez facturés, et que vous croyez que le paiement vous est dû, vous devez, selon le cas :

- a) REFACTURATION : **soumettre un nouveau relevé de compte** s'il y a lieu de corriger ou modifier les renseignements inscrits sur le relevé de compte original. Dans le cas d'un paiement partiel, vous ne devez refacturer que les lignes de services qui ont fait l'objet d'un refus de paiement. La signature de la personne assurée n'est pas requise si elle figurait sur le relevé de compte original.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case *C.A.* du nouveau relevé de compte et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** du relevé de compte qui a fait l'objet du refus de paiement et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** et fournir des justifications à l'appui de votre demande dans les situations suivantes :
- vous contestez la décision de la Régie **sans** modifier votre relevé de compte initial;
 - vous voulez fournir des **explications additionnelles** à l'appui de votre relevé de compte initial;
 - vous voulez **modifier** un service **déjà accepté**.

Le délai pour demander la révision de son paiement est de trois mois, à partir de la date de l'état de compte.

Pour toute demande de révision, utiliser le **formulaire DEMANDE DE RÉVISION n° 3144** et fournir les renseignements requis.

(voir description à la page suivante)

Adresser les demandes de révision comme suit :

Régie de l'assurance maladie du Québec
 Direction de la révision (Q034)
 Case postale 6600
 Québec (Québec) G1K 7T3

6.4.3 Description de la demande de révision (formulaire n° 3144)



DEMANDE DE RÉVISION
PROGRAMMES D'AIDES TECHNIQUES

- ① APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE PROTHÈSES OCULAIRES AIDES VISUELLES AIDES AUDITIVES

IDENTITÉ DU DISPENSATEUR

NOM ET PRÉNOM		NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉGIONAL
ADRESSE		APR	
NUMÉRO	RUE		
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL

#

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE
③			ANNÉE MOIS JOUR	M F

IDENTIFICATION DE LA DEMANDE À RÉVISER

NUMÉRO DE LA DEMANDE	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DATE DU SERVICE	CODE DU OU DES MESSAGES EXPLICATIFS
④	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	⑦

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

⑧

SPÉCIMEN

NOM ET PRÉNOM EN MAJUSCULES

SIGNATURE

⑨

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

RETOURNER À : Direction de la révision (Q034)
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

À L'USAGE DE LA RÉGIE

	SIGNATURE DE L'AGENT	DATE
		ANNÉE MOIS JOUR

3144 204 10/12

Feuille blanche : Régie de l'assurance maladie. Feuille jaune : Professionnel

- #
- #
1. Programme visé
 2. Identification du dispensateur
 3. Numéro d'assurance maladie
 4. Numéro de la demande
 5. Date de l'état de compte où figurait la demande à réviser
 6. Date de service telle qu'elle figure sur l'état de compte
 7. Code du message explicatif figurant sur l'état de compte en regard de la demande visée
 8. Motif de la demande de révision
 9. Signature du dispensateur

6.5 ANNULATION D'UN RELEVÉ DE COMPTE

Tout relevé de compte qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes, illisibles ou incompatibles, est annulé.

Un tel relevé de compte figure sur l'état de compte accompagné d'un des codes explicatifs appropriés.

Pour obtenir paiement, vous devez **soumettre un nouveau relevé de compte** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation du relevé de compte**; la signature de la personne assurée n'est pas requise si elle figurait sur le relevé de compte original.

IMPORTANT : Inscrire la lettre « **B** » dans la case *C.A.* du nouveau relevé de compte et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** du relevé de compte qui a fait l'objet du refus de paiement et **la date de l'état de compte** sur lequel il figure.

6.6 MESSAGES EXPLICATIFS (CODES)

La Régie utilise un système de codes pour renseigner les dispensateurs sur l'état du règlement de ses relevés de compte et pour l'aviser des motifs justifiant sa décision.

Ces codes figurent sur l'état de compte en regard de chaque relevé de compte et demande de révision auxquels ils s'appliquent.

Le texte des messages explicatifs correspondant à ces codes paraît à la dernière page de l'état de compte.

7. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**7.1 NATURE DES SERVICES**

Une seule nature est permise par ligne de service.

- 1 - Acquisition initiale
- 2 - Réaffectation
- 3 - Réparation
- 4 - Retour
- 5 - Aide non réutilisable
- 6 - Transfert
- 7 - Mise en réparation
- 8 - Remplacement d'une aide utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite
- 9 - Don d'une aide

7.2 CODES DE SERVICES ADMINISTRATIFS

Certains codes de service sont de type administratif, ils originent des articles de règlement.

- 900 - Frais afférents (frais de douanes et de dédouanement, taxes autres que TPS et TVQ)
- 901 - Matériaux
- 903 - Taux de change
- 904 - Main-d'oeuvre à l'établissement
- 905 - Main-d'oeuvre chez le fournisseur
- 906 - Frais d'expédition

7.3 DOSSIER D'UNE PERSONNE ADMISE AU PROGRAMME D'AIDES VISUELLES

Aux fins de l'administration de ce programme, les dispensateurs autorisés doivent constituer, pour chaque personne admise au programme d'aides visuelles, 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) une copie du relevé de compte;
- d) une pièce confirmant la date de réception de la demande de service de la personne assurée;
- e) un certificat de garantie de l'aide prêtée;
- f) un rapport clinique de l'équipe spécialisée en réadaptation attestant du besoin pour chacune des aides attribuées ou remplacées;
- g) tout autre document nécessaire à l'évaluation du relevé de compte.

7.4 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS RELATIFS AUX DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

Avis

Cette section contient des directives et des précisions additionnelles concernant les modalités de facturation ou d'application de certains articles du règlement.

7.4.1 Raisons de remplacement ou de récupération

Articles 7, 8, 9, et 10

S'il s'agit de la récupération d'une aide, sans remplacement ni attribution d'une nouvelle aide, il n'est pas exigé de fournir une pièce justificative ou des explications. Toutefois, si la récupération est suivie d'une réaffectation ou d'une acquisition, la raison du remplacement ainsi que les pièces justificatives, s'il y a lieu, doivent être fournies.

Les raisons 3, 5, 7, 8, 13, 14 et 17 indiquent la récupération d'une aide et ne nécessitent pas de pièce justificative ou d'explication. Par contre, les autres raisons indiquent qu'il y a remplacement de l'aide. L'attribution de la nouvelle aide doit être justifiée et la nature des explications ou des documents requis est indiquée sous la colonne *PIÈCES JUSTIFICATIVES*.

Dans tous les cas, lorsque la nature 5 est facturée, vous devez préciser la raison pour laquelle l'aide n'est plus utilisable. La raison de remplacement ne justifie pas que l'aide ne soit plus utilisée sauf pour la raison de remplacement 9.

CODE	RAISONS	PIÈCES JUSTIFICATIVES
1	La condition visuelle de la personne a suffisamment changé pour rendre inefficace l'aide visuelle dont elle a l'usage.	Nouvelle acuité visuelle ou nouveau champ visuel.
2	La condition générale de la personne a suffisamment changé pour la rendre incapable d'opérer et de manipuler l'aide visuelle dont elle a l'usage.	Certificat médical ou évaluation d'un professionnel approprié spécifiant le changement de la condition.
3	L'aide ne répond plus aux besoins de la personne visée à l'article 26 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i> .	
5	L'aide devant être prêtée est de caractère différent de celle dont la personne a l'usage.	
6	Un délai d'attente découle du fait qu'une réparation est requise ou en cours d'exécution et qu'il y a une situation d'extrême urgence.	Préciser les raisons du délai de réparation et spécifier la situation d'urgence.
7	La personne est décédée.	

CODE	RAISONS	PIÈCES JUSTIFICATIVES
8	L'aide a été utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite.	
9	Le cumul du coût des réparations de l'aide excède 70 % de son coût de remplacement.	Estimation de réparation précisant le coût et les réparations qui seraient requises.
11	Autre raison.	Préciser la raison et en fournir l'explication et les pièces justificatives.
13	La personne n'utilise plus l'aide.	
14	Retournée pour valorisation.	
17	L'aide ne répond plus aux besoins de l'ensemble des personnes visées à l'article 26 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i> .	

7.4.2 Liste des aides dont l'estimé de réparation est nécessaire

L'estimation de réparation (raison 9) est requise pour les aides visuelles mentionnées à l'Annexe A du présent onglet.

Remarque : Pour les autres aides, la raison de remplacement et les justifications sont toutefois requises.

7.4.3 AVIS ADMINISTRATIFS**Article 2****Acuité visuelle et champ visuel**

L'acuité visuelle doit être fournie sur une échelle de 6 mètres. Le champ visuel de la personne doit être précisé : la mention « inférieur à 60 degrés » n'est pas acceptée.

Pour une acuité visuelle égale ou inférieure à 6/18, inscrivez dans les renseignements complémentaires la nature du problème dégénératif ou précisez le type de déficience associée (motrice, auditive, du langage ou intellectuelle).

Si l'acuité visuelle ou le champ visuel ne peuvent être mesurés, vous devez utiliser les codes suivants :

NOMENCLATURE	CODE
Perception de la forme, de la couleur et du mouvement des objets.	PEF
Projection lumineuse, perception d'une lumière venant du côté droit, gauche, inférieur, supérieur.	PRL
Perception lumineuse : distinction entre une lumière allumée ou éteinte.	PEL
Cécité totale (perception lumineuse absente).	PLA
Mouvement de la main.	MOM
Compte les doigts à 1 mètre.	CDO
Nulle.	NUL
Hémianopsie complète.	HEM
Non déterminée (doit être justifiée).(*)	NDE

(*) *Exige un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation attestant de l'impossibilité à déterminer l'acuité visuelle ou le champ visuel.*

Article 5**Aide visuelle avec mention C.S. (considération spéciale)**

Votre demande d'autorisation préalable doit être faite par écrit et adressée à la Division de l'évaluation des demandes de paiement. Cette dernière doit contenir les documents suivants :

- Une évaluation clinique et fonctionnelle d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu comprenant les informations suivantes :
 - La description de l'incapacité particulière de la personne faisant en sorte qu'elle ne peut utiliser aucune aide visuelle assurée;
 - La description des moyens actuellement utilisés ou disponibles pour compenser les difficultés rencontrées et les raisons de leur insuffisance;
 - Les précisions concernant la compensation des incapacités par les aides demandées;
- La description et le prix de l'aide.

Article 9**Remplacement non assuré d'une aide visuelle**

Lorsqu'une aide visuelle a été utilisée avec négligence, perdue, volée ou détruite, la personne assurée doit remplacer l'aide visuelle à ses frais. Vous devez indiquer sur le relevé de compte la nature 8 (voir l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, section 5.5 E).

Situation d'urgence

De plus, si l'aide doit être remplacée parce qu'une réparation est requise et qu'il y a une situation d'extrême urgence, seule une aide récupérée peut être prêtée en remplacement (voir article 42).

Article 10**Réparation d'une aide visuelle**

Lors de la première facturation d'une réparation d'une aide visuelle dont le coût a été assumé par un programme d'aides visuelles sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, par une personne ou un autre organisme, vous devez fournir avec le relevé de compte le formulaire *Déclaration de la personne assurée et prise en charge d'appareil n° 3567*. Sur ce document, inscrivez l'ensemble des aides possédées par la personne qui n'ont pas encore fait l'objet d'une demande de prise en charge. Par la suite, vous n'aurez plus à fournir ce document (voir l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, section 5.4).

Mise à niveau

Est incluse dans le coût des réparations, la mise à niveau des aides informatiques de la Partie II de l'Annexe I du *Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés*.

Vous devez joindre avec le relevé de compte un document indiquant les raisons qui justifient cette mise à niveau. La mise à niveau doit être jugée essentielle et doit répondre à un besoin qui découle de la déficience visuelle de la personne assurée.

Réparation excédentaire

Lorsque le coût de la réparation envisagée additionné au coût des réparations déjà effectuées excède la limite prévue, la Régie peut autoriser la réparation. Dans un tel cas, l'autorisation préalable de la Régie est nécessaire. Vous devez fournir les raisons justifiant la réparation excédentaire ainsi qu'une estimation détaillée des coûts.

Article 13**Lentilles cornéennes**

Pour l'attribution de lentilles cornéennes en tant qu'aides visuelles pour une personne âgée de six ans ou plus, vous devez joindre au relevé de compte l'attestation d'un optométriste précisant les déficiences particulières de la personne.

Article 14**Lentilles filtrantes**

Lors de l'attribution d'une lentille filtrante, vous devez fournir un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu justifiant en quoi les modèles précédents énumérés au Tarif ne peuvent répondre au besoin de la personne.

Exemple :

- Code 394 : en quoi le code 393 ne permet pas de répondre au besoin.
- Code 395 : en quoi les codes 393 et 394 ne permettent pas de répondre au besoin, etc.

Article 15**Admissibilité à une télévisionneuse**

Vous devez fournir avec votre relevé de compte un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation attestant que les autres aides à la lecture de la Partie I du Règlement ne compensent pas les incapacités de lecture de la personne.

Pour transférer une télévisionneuse de la Partie II à la Partie I du Règlement, veuillez vous référer aux modalités indiquées à l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, à la section **5.5 F**.

Article 17**Détecteur électronique d'obstacles, modèle tactile tenu dans la main**

Si la personne n'est pas inscrite au programme d'aides auditives de la Régie, vous devez joindre au relevé de compte un audiogramme émis par un audiologiste ou un oto-rhino-laryngologiste.

Article 18**Détecteur électronique d'obstacles, modèle tactile suspendu au cou**

Si la personne n'est pas inscrite au programme d'appareils suppléant à une déficience physique de la Régie, vous devez joindre au relevé de compte une attestation d'un ergothérapeute ou d'un physiothérapeute précisant l'utilisation d'un fauteuil roulant.

Article 20**Lunettes de vision nocturne**

Vous devez fournir avec votre relevé de compte un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu qui spécifie la pathologie oculaire causant la cécité nocturne, qui précise la nécessité de se déplacer sur une base quotidienne et qui atteste de l'utilisation d'une canne longue de détection ou d'un chien guide par l'utilisateur.

Article 21**Aides informatiques**

Vous devez fournir avec votre relevé de compte un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation attestant des besoins de lecture et d'écriture de la personne.

Mise à jour de logiciels

Vous devez fournir avec votre relevé de compte un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation justifiant la nécessité de la mise à jour en lien avec le besoin de lecture et d'écriture de la personne.

Article 22**Aides informatiques exclusives aux personnes « fonctionnellement aveugles »**

Vous devez fournir, avec le relevé de compte, un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu attestant des besoins de lecture et d'écriture de la personne.

Pour transférer un afficheur braille de la Partie II à la Partie I du Règlement, veuillez vous référer aux modalités indiquées à l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, à la section 5.5 F.

Article 23**Aides informatiques du mode de grossissement de caractères pour une personne visée à l'article 26 du Règlement**

Vous devez fournir, avec le relevé de compte, un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu attestant des besoins de lecture et d'écriture de la personne. De plus, vous devez fournir une attestation d'inscription à un programme d'études émise par une institution d'enseignement ou une attestation officielle d'embauche d'un employeur, s'il y a lieu.

Si une attestation d'études ou de travail a été fournie à la Régie depuis moins d'un an, il suffit de mentionner le numéro du relevé de compte dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Article 25**Aides à la santé renouvelables**

Pour les aides mentionnées à la sous-section 3 de la section V de la Partie I de l'Annexe I du Règlement, à l'exception du thermomètre parlant, une prescription médicale signée par un médecin qui justifie la nécessité de l'aide pour une utilisation quotidienne à domicile doit être déposée au dossier et fournie sur demande.

Articles 26, 27, 28, 29, 30, 31, 31.1, 31.2, 31.3 et 31.6**Aides visuelles de la Partie II de l'Annexe I du Règlement**

Vous devez fournir, avec votre relevé de compte, un rapport clinique d'une équipe spécialisée en réadaptation d'un établissement reconnu comprenant les informations suivantes :

- La description des incapacités de la personne en relation avec la demande;
- La description des difficultés rencontrées dans la réalisation des activités reliées aux études ou au travail;
- La description des moyens actuellement utilisés pour compenser les difficultés rencontrées et les raisons de leur insuffisance;
- Les précisions concernant la compensation des incapacités par les aides demandées.

Pour l'étudiant soumis à la fréquentation scolaire obligatoire ou qui a plus de 16 ans et qui poursuit des études de niveau secondaire ou secondaire professionnel, une attestation de fréquentation scolaire émise par l'institution d'enseignement est exigée.

Pour l'étudiant qui poursuit des études de niveau collégial ou universitaire, un document officiel émis par l'établissement d'enseignement attestant de son inscription à la session courante ou celle à venir est exigé.

Pour le travailleur salarié, vous devez fournir une lettre officielle et récente de l'employeur attestant que la personne occupe un emploi rémunéré. Ce document doit contenir des précisions sur la nature du travail effectué, le statut de l'emploi (permanent, contractuel, saisonnier) ainsi que le nombre d'heures travaillées par semaine. Cette attestation est valide pour un an.

Pour le travailleur autonome, vous devez fournir une preuve d'inscription au Registraire des entreprises et une copie de la plus récente déclaration de revenus (rapport d'impôt).

Article 31.4 **Deuxième aide visuelle**

Lorsqu'une seconde aide visuelle est requise pour études ou travail, vous devez joindre au relevé de compte une attestation d'études ou de travail et fournir les raisons pour lesquelles l'aide que possède la personne ne répond pas à elle seule aux exigences des études ou du travail.

Article 36 **Frais afférents et frais d'expédition**

Vous n'avez pas à joindre à votre relevé de compte les pièces justificatives pour les frais afférents et d'expédition. Toutefois, ces pièces doivent être conservées au dossier et fournies à la Régie sur demande. Pour connaître les modalités de facturation, veuillez vous référer à l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, à la section 5.5 A.

Article 37 **Frais afférents et taux de change**

Vous n'avez pas à joindre à votre relevé de compte les pièces justificatives pour les frais afférents et le taux de change. Toutefois, ces pièces doivent être conservées au dossier et fournies à la Régie sur demande. Pour connaître les modalités de facturation, veuillez vous référer à l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, à la section 5.5 A.

Article 43 **Coût d'achat d'une aide avec la mention C.S.**

Vous devez joindre au relevé de compte tous les documents justifiant le coût d'achat ou de remplacement de l'aide.

Article 44 **Coût de réparation**

Vous n'avez pas à joindre à votre relevé de compte les pièces justificatives pour les factures de réparation, les frais afférents et le taux de change. Toutefois, ces pièces doivent être conservées au dossier et fournies à la Régie sur demande.

Cependant, en tout temps, vous devez joindre au relevé de compte la facture de la réparation des aides informatiques.

Pour connaître les modalités de facturation, veuillez vous référer à l'onglet 5. *Rédaction du relevé de compte*, à la section 5.5 C.

Article 45**Durée de prêt**

Les aides prêtées demeurent en la possession de la personne jusqu'à leur remplacement. Elles peuvent être réparées même si la personne n'est plus aux études ou au travail. Toutefois, le remplacement et la mise à niveau de ces aides sont soumis aux exigences de l'article 46.

Article 46**Remplacement et mise à niveau d'une aide**

Vous devez, lors d'un remplacement ou d'une mise à niveau, fournir les mêmes pièces justificatives que celles mentionnées à l'article 26.

ANNEXE A

AIDES DONT L'ESTIMATION DE RÉPARATION (RAISON 9) EST REQUISE

CODE	DESCRIPTION DE L'AIDE
181	Lecteur numérique complexe avec fonction d'enregistrement
182	Lecteur numérique simple
183	Lecteur numérique avec fonction avancée
185	Lecteur numérique portatif simple avec fonction d'enregistrement
233	Afficheur braille modèle 59 cellules et moins, sans câble
275	Imprimante braille
278	Afficheur braille modèle périmé
279	Télévisionneuse modèle monochrome (Voyageur 14 po)
280	Télévisionneuse à mini-caméra sans écran
281	Télévisionneuse modèle à caméra sur pied
282	Télévisionneuse monochrome, 14 po à 17 po
283	Télévisionneuse monochrome, 14 po à 17 po avec fonctions de lecture
284	Télévisionneuse bichrome 14 po à 17 po avec fonctions de lecture
285	Télévisionneuse modèle monochrome grand écran avec fonctions de lecture
286	Télévisionneuse modèle bichrome grand écran 19 po avec fonctions de lecture
287	Télévisionneuse modèle couleur 14 po avec fonctions de lecture
288	Télévisionneuse modèle couleur grand écran avec fonctions de lecture
289	Télévisionneuse modèle portable monochrome
290	Télévisionneuse modèle SVGA, autre
306	Ordinateur modèle portable et Windows XP (moins de 5 ans)
310	Système optique télescopique binoculaire
320	Système optique microscopique modèle monoculaire
330	Système optique microscopique modèle binoculaire
345	Afficheur braille modèle assistant personnel afficheur
347	Ordinateur modèle de table et Windows XP (moins de 5 ans)
353	Système optique télescopique monoculaire 3X
354	Système optique télescopique monoculaire 4X
355	Système optique télescopique monoculaire 5X
356	Système optique télescopique monoculaire 6X
357	Système optique télescopique monoculaire 7X
358	Système optique télescopique monoculaire 8X
359	Système optique télescopique monoculaire autre
362	Système optique télescopique monoculaire avec prescription
363	Système optique télescopique monoculaire 6 X 16
364	Système optique télescopique monoculaire 7 X 25
365	Système optique télescopique monoculaire 10 X 20
366	Système optique télescopique monoculaire 10 X 30
367	Système optique télescopique monoculaire 8 X 20
368	Système optique télescopique monoculaire 4 X10
369	Système optique télescopique monoculaire 4 X 12
370	Système optique télémicroscopique modèle monoculaire
371	Système optique télescopique binoculaire avec prescription
380	Système optique télémicroscopique modèle binoculaire

CODE	DESCRIPTION DE L'AIDE
402	Calculatrice scientifique adaptée modèle sonore français
404	Calculatrice scientifique adaptée modèle sonore anglais
509	Unité de reconnaissance de caractères imprimés modèle autonome
512	Ordinateur modèle de table avec logiciel d'exploitation (moins de 5 ans)
513	Ordinateur modèle portable avec logiciel d'exploitation (moins de 5 ans)
522	Afficheur braille modèle 59 cellules et moins, avec câble
523	Afficheur braille modèle 60 cellules et plus
524	Système informatique dédié de communication par le braille
529	Afficheur braille modèle attribuable en vertu de l'article 22
591	Machine à écrire braille modèle mécanique bimanuel
592	Machine à écrire braille modèle mécanique à points géants
595	Machine à écrire braille électrique modèle simple
596	Machine à écrire braille électrique modèle complexe
606	Lunette de vision nocturne
671	Télévisionneuse modèle couleur écran mince
674	Télévisionneuse modèle portable couleur avec ou sans SVGA
680	Télévisionneuse modèle Voyageur XL (caméra et moniteur d'origine 19 po)
681	Télévisionneuse modèle Voyageur XL (caméra et moniteur d'origine 15 po)
682	Télévisionneuse modèle Vantage
683	Télévisionneuse modèle Lumina
770	Glucomètre parlant
773	Sphygmomanomètre parlant
805	Système de géopositionnement satellitaire adapté modèle simple
810	Détecteur électronique d'obstacles modèle sonore
820	Détecteur électronique d'obstacles modèle tactile tenu dans la main
830	Détecteur électronique d'obstacles modèle tactile suspendu au cou
840	Télévisionneuse modèle autonome en alimentation électrique, petit écran
841	Télévisionneuse modèle avec écran standard
842	Télévisionneuse modèle avec grand écran
850	Télévisionneuse modèle portable autonome en alimentation électrique, grand écran
851	Télévisionneuse modèle compatible avec un ordinateur
859	Télévisionneuse modèles attribuables en vertu de l'article 15
860	Détecteur de porte modèle sonore

#

INDEX

	<i>Page</i>
PARTIE I : Catégories et types d'aides assurées pour l'ensemble des personnes ayant une déficience visuelle.	2
Section I : Aides à la lecture	2
Section II : Aides à l'écriture	7
Section III : Aides à la mobilité	8
Section IV : Aides informatiques	9
Sous-section 1 : Aides du mode de communication « grossissement de caractères »	9
Sous-section 2 : Aides du mode de communication « sonore »	10
Sous-section 3 : Aides du mode de communication « braille »	11
Section V : Aides aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique	12
Sous-section 1 : Aides renouvelables	12
Sous-section 2 : Aides à attribution unique	13
Sous-section 3 : Aides à la santé renouvelable	14
PARTIE II : Catégories et types d'aides assurées pour les personnes ayant une déficience visuelle visées à l'article 26 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i>	15
Section I : Aides informatiques	15
Sous-section 1 : Aides du mode de communication « grossissement de caractères »	15
Sous-section 2 : Aides du mode de communication « sonore »	16
Sous-section 3 : Aides du mode de communication « braille »	17
Section II : Aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité	18
Sous-section 1 : Aides à la lecture	18
Sous-section 2 : Aides à l'écriture	20
Sous-section 3 : Aides à la mobilité	21
PARTIE III : Aides visuelles non assurées dont le coût a déjà été remboursé par la Régie, par un programme relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux ou par la personne pour fins de réparation.	22
PARTIE IV : Taux horaire maximum pour la réparation des aides visuelles assurées	25

+ 8. TARIF DES AIDES VISUELLES ET DES SERVICES AFFÉRENTS ASSURÉS

PARTIE I

CATÉGORIES ET TYPES D'AIDES ASSURÉES POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE

SECTION I : Aides à la lecture

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
1. Appareil d'audition		
182 a. Lecteur numérique simple	430,00	
183 b. Lecteur numérique avec fonctions avancées . .		418,00
185 c. Lecteur numérique portatif simple avec fonction d'enregistrement.	360,00	
184 d. Logiciel de lecture numérique	150,00	
Composant :		
186 Carte mémoire pour le lecteur numérique portatif	30,00	
Compléments :		
187 Écouteurs	30,00	
188 Étui de transport	30,00	
189 Microphone.	30,00	
2. Appareil de prise de notes vocales		
190 a. Preneur de notes vocales portatif	70,00	
360 3. Bilentille avec addition supérieure à quatre (4) dioptries.	350,00	
Composant :		
361 Monture.	120,00	
4. Calculatrice électrique adaptée		
401 a. Modèle sonore français, simple.	110,00	
403 b. Modèle sonore anglais, simple	110,00	
431 c. Modèle à grand affichage, simple	60,00	
257 5. Filtre jaune en feuille.	3,00	
342 6. Lentille cornéenne (gauche ou droite)	225,00	

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
340	7. Lentille cornéenne à pupille artificielle (gauche ou droite)	200,00
460	8. Lentille de Fresnel	250,00
	Composants :	
461	Lentilles porteuses (gauche et droite)	250,00
462	Monture	120,00
390	9. Lentille microscopique	300,00
	Composant :	
391	Monture	120,00
	10. Lentille filtrante	
393	a. Lentilles filtrantes à teinte fixe sans prescription d'une puissance, avec monture	150,00
394	b. Lentilles filtrantes à teinte fixe avec prescription d'une puissance	250,00
395	c. Lentilles filtrantes à teinte photochromique sans prescription d'une puissance	200,00
396	d. Lentilles filtrantes à teinte photochromique avec prescription d'une puissance	300,00
	Composant :	
258	Monture (pour modèle à teinte fixe avec prescription d'une puissance et pour modèles à teinte photochromique avec ou sans prescription d'une puissance	120,00
	11. Loupe	
433	a. Modèle de poche	80,00
437	b. Modèle à main	120,00
438	c. Modèle à foyer fixe	150,00
435	d. Modèle éclairant à bras articulé	325,00
	Composant :	
436	Support approprié pour modèle à foyer fixe	145,00
	Complément :	
352	Lentille auxiliaire pour modèle éclairant à bras articulé	100,00

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
350 e. Loupe		80,00
Complément :		
351 Support approprié		110,00
434 f. Modèle à main		180,00
255 12. Obturateur	5,00	
254 13. Oeillère	10,00	
470 14. Prisme de Fresnel	50,00	
Composants :		
471 Lentilles	250,00	
472 Monture	120,00	
15. Support à la lecture		
256 a. Modèle de table	105,00	
259 b. Modèle à bras flexible	75,00	
16. Système optique microscopique		
320 a. Modèle monoculaire	500,00	
330 b. Modèle binoculaire	500,00	
Composants :		
303 Lentilles porteuses (gauche et droite)	300,00	
304 Monture	120,00	
Complément :		
302 Lentille cornéenne (gauche ou droite)	225,00	

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
17. Système optique télescopique			
310	a. Binoculaire	550,00	
353	b. Monoculaire 3 X	400,00	
354	c. Monoculaire 4 X	400,00	
355	d. Monoculaire 5 X	445,00	
356	e. Monoculaire 6 X	520,00	
357	f. Monoculaire 7 X	400,00	
358	g. Monoculaire 8 X	500,00	
363	h. Monoculaire 6 X 16	160,00	
364	i. Monoculaire 7 X 25	170,00	
365	j. Monoculaire 10 X 20	165,00	
366	k. Monoculaire 10 X 30	165,00	
367	l. Monoculaire 8 X 20	205,00	
368	m. Monoculaire 4 X 10	165,00	
369	n. Monoculaire 4 X 12	165,00	
362	o. Monoculaire avec prescription	1 000,00	
371	p. Binoculaire avec prescription	1 800,00	
359	q. Monoculaire autre	430,00	
Composants :			
303	Lentilles porteuses (gauche et droite)	300,00	
304	Monture	120,00	
Complément :			
302	Lentille cornéenne (gauche ou droite).	225,00	
18. Télévisionneuse			
840	a. Modèle autonome en alimentation électrique, petit écran	600,00	
280	b. Modèle à mini-caméra sans écran	1 265,00	
841	c. Modèle avec écran standard	1 850,00	
842	d. Modèle avec grand écran.	2 450,00	
Télévisionneuse réassignables			
281	e. Modèle à caméra sur pied	1 265,00	
282	f. Modèle monochrome, 14 po à 17 po	2 600,00	
283	g. Modèle monochrome, 14 po à 17 po avec fonctions de lecture	2 650,00	

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
284	h. Modèle bichrome 14 po à 17 po avec fonctions de lecture	2 960,00
285	i. Modèle monochrome grand écran avec fonctions de lecture	2 200,00
286	j. Modèle bichrome grand écran 19 po avec fonctions de lecture	3 000,00
287	k. Modèle couleur 14 po avec fonctions de lecture	3 900,00
288	l. Modèle couleur grand écran avec fonctions de lecture	3 500,00
289	m. Modèle portable monochrome	3 000,00
671	n. Modèle couleur écran mince	4 500,00
674	o. Modèle portable couleur avec ou sans SVGA	3 900,00
859	p. Modèles attribuables en vertu de l'article 15 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i>	S.O.
Compléments :		
202	Dispositif d'ajustement en hauteur	145,00
206	Support	15,00
Télévisionneuses valorisées réassignées		
279	q. Modèle monochrome (Voyageur 14 po)	675,00
Composant optionnel :		
177	Écran cathodique	100,00
680	r. Modèle Voyageur XL (caméra et moniteur d'origine 19 po)	675,00
681	s. Modèle Voyageur XL (caméra et moniteur d'origine 15 po)	675,00
682	t. Modèle Vantage	675,00
Composant optionnel :		
175	Moniteur d'origine 15 po	125,00
683	u. Modèle Lumina	1 275,00
253	19. Trou sténopéïque	11,00
251	20. Typoscope	10,00
252	21. Visière	30,00
199	22. Autres aides à la lecture	C.S.

SECTION II : Aides à l'écriture

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
23. Machine à écrire braille			
591	a. Modèle mécanique bimanuel	1 200,00	
592	b. Modèle mécanique à points géants	1 300,00	
	Composant :		
511	Clés d'extension.	65,00	
	Complément :		
552	Mallette de transport	200,00	
299	24. Autres aides à l'écriture	C.S.	

SECTION III : Aides à la mobilité

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
25. Canne			
601	a. Modèle long de détection, pliant	40,00	
602	b. Modèle long de détection, rigide	30,00	
Compléments :			
603	Embout genre guimauve	8,00	
604	Embout à bille	15,00	
26. Détecteur de porte			
860	a. Modèle sonore	350,00	
27. Détecteur électronique d'obstacles			
820	a. Modèle tactile tenu dans la main	500,00	
830	b. Modèle tactile suspendu au cou	1 250,00	
701	28. Frais d'acquisition d'un chien-guide	210,00	
702	29. Frais d'entretien annuels d'un chien-guide	1 028,00	
605	30. Lampe à la mobilité	130,00	
606	31. Lunette de vision nocturne	4 500,00	
32. Système optique télescopique			
310	a. Binoculaire	550,00	
353	b. Monoculaire 3 X	400,00	
354	c. Monoculaire 4 X	400,00	
355	d. Monoculaire 5 X	445,00	
356	e. Monoculaire 6 X	520,00	
357	f. Monoculaire 7 X	400,00	
358	g. Monoculaire 8 X	500,00	
363	h. Monoculaire 6 X 16	160,00	
364	i. Monoculaire 7 X 25	170,00	
365	j. Monoculaire 10 X 20	165,00	
366	k. Monoculaire 10 X 30	165,00	
367	l. Monoculaire 8 X 20	205,00	
368	m. Monoculaire 4 X 10	165,00	
369	n. Monoculaire 4 X 12	165,00	
362	o. Monoculaire avec prescription	1 000,00	
371	p. Binoculaire avec prescription	1 800,00	
359	q. Monoculaire autre	430,00	
399	33. Autres aides à la mobilité	C.S.	

SECTION IV : Aides informatiques

Sous-section 1 : Aides du mode de communication « grossissement de caractères »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
34. Logiciel de grossissement de caractères			
501	a. Modèle sans synthèse vocale	550,00	
502	b. Modèle avec synthèse vocale	750,00	
264	c. Sous Windows, français		800,00
268	d. Sous Windows, anglais		952,00
35. Moniteur			
503	a. Modèle grand écran	350,00	
504	b. Modèle très grand écran	500,00	
246	c. Modèle 19 po		415,00
262	d. Modèle 21 po		1 100,00
36. Support à bras articulé			
505	a. Support à bras articulé	300,00	
274	b. Modèle pour moniteurs 17 po et 19 po		250,00
653	c. Modèle pour autres moniteurs		300,00
398	37. Autres aides du mode de communication « grossissement de caractères »	C.S.	

Sous-section 2 : Aides du mode de communication « sonore »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
38. Logiciel de revue d'écran			
507	a. Version française	1 600,00	
508	b. Version anglaise	1 400,00	
638	c. Sous Windows, français		1 345,00
639	d. Sous Windows, anglais		1 400,00
39. Unité de reconnaissance de caractères imprimés			
607	a. Logiciel version française.	1 450,00	
613	b. Logiciel version anglaise	1 250,00	
509	c. Modèle autonome.	1 850,00	
Composant :			
624	Numériseur (logiciel version française et logiciel version anglaise).	210,00	
620	d. Modèle francophone		500,00
621	e. Modèle anglophone		500,00
622	f. Modèle bilingue		500,00
498	40. Autres aides du mode de communication « sonore »	C.S.	

Sous-section 3 : Aides du mode de communication « braille »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
41. Afficheur braille			
278	a. Modèle périmé		S.O.
529	b. Modèle attribuable en vertu de l'article 22 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i>		S.O.
42. Logiciel de revue d'écran			
507	a. Version française	1 600,00	
508	b. Version anglaise	1 400,00	
638	c. Sous Windows, français		1 345,00
639	d. Sous Windows, anglais		1 400,00
43. Unité de reconnaissance de caractères imprimés			
607	a. Logiciel version française	1 450,00	
613	b. Logiciel version anglaise	1 250,00	
509	c. Modèle autonome	1 850,00	
Composant :			
624	Numériseur (logiciel version française et logiciel version anglaise)	210,00	
620	d. Modèle francophone		500,00
621	e. Modèle anglophone		500,00
622	f. Modèle bilingue		500,00
598	44. Autres aides du mode de communication « braille »		C.S.

SECTION V : Aides aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique**Sous-section 1 : Aides renouvelables**

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
710	45. Cadre arithmétique	55,00
	Composant :	
711	Cubarithm.	45,00
712	46. Ensemble adapté de géométrie	240,00
	47. Marqueur adapté	
713	a. Modèle braille.	70,00
714	b. Modèle sonore	120,00
715	48. Miroir grossissant	80,00
	49. Montre adaptée	
716	a. Modèle braille.	250,00
717	50. Niveau sonore	60,00
718	51. Support incliné pour écriture	120,00
	52. Rapporteur d'angles adapté	
719	a. Modèle à caractères agrandis.	25,00
720	b. Modèle braille.	70,00
721	53. Rectangle braille de poche	85,00
	54. Ruban à mesurer adapté	
722	a. Modèle à caractères agrandis.	30,00
723	b. Modèle sonore	150,00
724	c. Modèle tactile.	60,00
725	55. Support pour dactylo braille	75,00
	56. Tablette braille (format lettre)	
726	a. Modèle format lettre	135,00
698	57. Autres aides renouvelables	C.S.

Sous-section 2 : Aides à attribution unique

	Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
740	58. Assiette adaptée	35,00
741	59. Couteau-guide adapté	40,00
742	60. Détecteur sonore de liquides	30,00
743	61. Guide à chèque	25,00
744	62. Lampe d'appoint spécialisée à la lecture sans loupe	130,00
	63. Pèse-aliments adapté	
745	a. Modèle à caractères agrandis	40,00
746	b. Modèle sonore	200,00
747	c. Modèle tactile	40,00
748	64. Podomètre adapté	55,00
749	65. Porte-monnaie adapté	35,00
	66. Réveille-matin adapté	
750	a. Modèle à caractères agrandis	50,00
751	b. Modèle sonore	50,00
752	c. Modèle tactile	95,00
753	67. Support à seringue	30,00
754	68. Thermomètre à viande adapté	60,00
798	69. Autres aides à attribution unique	C.S.

Sous-section 3 : Aides à la santé renouvelables

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
770	70. Glucomètre parlant	600,00	
	71. Pèse-personne adapté		
771	a. Modèle à caractères agrandis	60,00	
772	b. Modèle sonore	200,00	
773	72. Sphygmomanomètre parlant	400,00	
774	73. Thermomètre corporel parlant	60,00	
898	74. Autres aides à la santé renouvelables	C.S.	

PARTIE II

CATÉGORIES ET TYPES D'AIDES ASSURÉES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE VISÉES À L'ARTICLE 26 DU RÈGLEMENT SUR LES AIDES VISUELLES ET LES SERVICES AFFÉRENTS ASSURÉS

SECTION I : Aides informatiques

Sous-section 1 : Aides du mode de communication « grossissement de caractères »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
1. Ordinateur			
512	a. Modèle de table avec logiciel d'exploitation . . .	1 600,00	
513	b. Modèle portable avec logiciel d'exploitation . . .	2 200,00	
	Composants :		
514	Imprimante standard	210,00	
515	Logiciel de bureautique, prix régulier	300,00	
516	Logiciel de bureautique, prix étudiant	200,00	
	Complément :		
518	Mallette de transport pour modèle portable	100,00	
397	2. Autres aides du mode de communication « grossissement de caractères »		C.S.

Sous-section 2 : Aide du mode de communication « sonore »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
3. Ordinateur			
512	a. Modèle de table avec logiciel d'exploitation . . .	1 600,00	
513	b. Modèle portable avec logiciel d'exploitation . . .	2 200,00	
	Composants :		
514	Imprimante standard	210,00	
515	Logiciel de bureautique, prix régulier.	300,00	
516	Logiciel de bureautique, prix étudiant	200,00	
517	Moniteur pour modèle de table	200,00	
	Complément :		
518	Mallette de transport pour modèle portable. . . .	100,00	
235	4. Clavier de contrôle de revue d'écran	80,00	
649	5. Logiciel de synthèse vocale	850,00	
497	6. Autres aides du mode de communication « sonore »	C.S.	

Sous-section 3 : Aide du mode de communication « braille »

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
7. Ordinateur			
512	a. Modèle de table avec logiciel d'exploitation	1 600,00	
513	b. Modèle portable avec logiciel d'exploitation	2 200,00	
Composants :			
514	Imprimante standard	210,00	
515	Logiciel de bureautique, prix régulier	300,00	
516	Logiciel de bureautique, prix étudiant	200,00	
517	Moniteur pour modèle de table	200,00	
Complément :			
518	Mallette de transport pour modèle portable	100,00	
235	8. Clavier de contrôle de revue d'écran	80,00	
9. Afficheur braille			
522	a. Modèle 59 cellules et moins, avec câble	3 200,00	
233	b. Modèle 59 cellules et moins, sans câble	4 000,00	
523	c. Modèle 60 cellules et plus	8 000,00	
345	d. Modèle assistant personnel afficheur	6 500,00	
524	10. Système informatique dédié de communication par le braille	9 000,00	
275	11. Imprimante braille	4 000,00	
12. Logiciel d'abrègement du braille			
525	a. Logiciel d'abrègement du braille	850,00	
644	b. Sous Windows		800,00
645	c. Sous Macintosh		1 020,00
649	13. Logiciel de synthèse vocale	850,00	
597	14. Autres aides du mode de communication « braille »	C.S.	

SECTION II : Aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité**Sous-section 1 : Aides à la lecture**

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
15. Appareil d'audition			
181	a. Lecteur numérique complexe avec fonction d'enregistrement.	1 100,00	
	Composant :		
186	Carte mémoire pour le lecteur numérique portatif	30,00	
	Compléments :		
187	Écouteurs	30,00	
188	Étui de transport	30,00	
189	Microphone.	30,00	
16. Calculatrice scientifique adaptée			
402	a. Modèle sonore français	550,00	
404	b. Modèle sonore anglais.	550,00	
432	c. Modèle à grand affichage	550,00	
17. Support à la lecture			
269	a. Modèle sur pied	125,00	
18. Système optique télémicroscopique			
370	a. Modèle monoculaire.	1 400,00	
380	b. Modèle binoculaire.	2 400,00	
	Composants :		
303	Lentilles porteuses (gauche et droite)	300,00	
304	Monture.	120,00	
	Complément :		
302	Lentille cornéenne (gauche ou droite)	225,00	

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
19. Télévisionneuse			
850	a. Modèle portable autonome en alimentation électrique, grand écran.	2 000,00	
851	b. Modèle compatible avec un ordinateur.	2 900,00	
290	c. Modèle SVGA, autre.		4 500,00
697	20. Autres aides à la lecture.	C.S.	

Sous-section 2 : Aides à l'écriture

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
21. Machine à écrire braille électrique			
595	a. Modèle simple	1 400,00	
596	b. Modèle complexe.	1 600,00	
Composant :			
511	Clés d'extension	65,00	
Complément :			
552	Mallette de transport.	200,00	
797	22. Autres aides à l'écriture	C.S.	

Sous-section 3 : Aides à la mobilité

		Prix maximum à l'achat ou au remplacement	Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
23. Détecteur électronique d'obstacles			
810	a. Modèle sonore.	1 500,00	
24. Système de géopositionnement satellitaire adapté			
805	a. Modèle simple.	950,00	
897	25. Autres aides à la mobilité.	C.S.	

PARTIE III

**AIDES VISUELLES NON ASSURÉES DONT LE COÛT A DÉJÀ ÉTÉ REMBOURSE
PAR LA RÉGIE, PAR UN PROGRAMME RELEVANT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX OU PAR LA PERSONNE ASSURÉE POUR FINS DE
RÉPARATION**

		Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
1. Appareil d'enregistrement et d'audition		
110	a. Magnétophone à vitesse variable, portatif	418,00
120	b. Magnétophone à vitesse variable, compact	315,00
130	c. Magnétophone à contrôle électronique de débit	350,00
170	d. Magnétophone conventionnel, portatif	45,00
180	e. Magnétophone conventionnel, compact	130,00
Compléments :		
131	Écouteur(s)	28,00
132	Microphone	18,00
136	Commande à pied	13,00
137	Adaptateur de raccordement	20,00
138	Étui et courroie compatibles	25,00
2. Calculatrice adaptée		
420	a. Modèle braille avec lecteur tactile	1 035,00
3. Ordinateur		
236	a. Modèle de table	S.O.
241	b. Modèle de table	1 000,00
242	c. Modèle portable	1 400,00
296	d. Modèle portable	S.O.
306	e. Modèle portable et Windows XP	2 900,00
347	f. Modèle de table et Windows XP	2 000,00
4. Moniteur		
243	a. Moniteur	395,00
239	b. Moniteur standard 17 po	265,00
244	5. Imprimante conventionnelle	210,00
375	6. Imprimante conventionnelle	S.O.

Prix
maximum
servant à établir
le coût de
réparation
pour les aides
réassignées
seulement

7. Synthétiseur vocal

265	a. Modèle francophone	2 025,00
266	b. Modèle anglophone	1 700,00
267	c. Modèle bilingue	1 900,00

8. Système informatique dédié d'écriture en braille

611	a. Modèle à clavier braille	5 500,00
612	b. Modèle sonore	3 500,00

9. Logiciel de traitement de texte

376	a. Version française	S.O.
633	b. Sous Windows, français, prix régulier	400,00
634	c. Sous Windows, français, prix étudiant	185,00
635	d. Sous Windows, anglais, prix régulier	350,00
636	e. Sous Windows, anglais, prix étudiant	185,00
642	f. Sous Windows Office XP, français, prix étudiant	260,00
643	g. Sous Windows Office XP, anglais, prix étudiant	260,00
646	h. Sous Windows, français ou anglais, prix régulier, Word	660,00
647	i. Sous Windows, français ou anglais, prix étudiant, Office	353,00
648	j. Sous Windows XP	400,00

10. Convertisseur de caractères imprimés, modèle tactile 5 500,00

Compléments :

102	Lentille pour machine à écrire	1 445,00
104	Réglette du guidage compatible	295,00
105	Lentille à foyer fixe	400,00
106	Lentille pour écran à rayon cathodique	540,00

103 11. Lentille à foyer ajustable 60,00

12. Télévisionneuse

220	a. Télévisionneuse, système complet adaptable sur une machine à écrire comprenant un marqueur de ligne électronique	2 300,00
297	b. Télévisionneuse valorisée, secteur privé	675,00

Compléments :

201	Table de travail supplémentaire	45,00
204	Séparateur d'écran	150,00
205	Miroir	50,00
207	Caméra vidéo	1 650,00
208	Lecteur de microfiche	750,00
209	Lentille zoom	1 000,00
291	Plateau de visionnement automatisé	2 000,00

		Prix maximum servant à établir le coût de réparation pour les aides réassignées seulement
590	13. Machine à écrire braille, modèle unimanuel	420,00
450	14. Machine à écrire braille, modèle avec lecteur tactile	300,00
247	15. Support à bras articulé pour moniteur 14 po.	40,00
499	16. Autres aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité.	C.S.
599	17. Autres systèmes informatiques d'écriture ou de lecture	C.S.
699	18. Autres systèmes informatiques de lecture de documents imprimés	C.S.
195	19. Aides, composants ou compléments dont le coût a déjà été remboursé par un programme d'aide visuelle sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux avant le 2 juin 2011	S.O.
196	20. Aides, composants ou compléments dont le coût a été assumé par la personne assurée et dont la répartition est admissible en vertu de l'article 10 du <i>Règlement sur les aides visuelles et les services afférents assurés</i>	S.O.

PARTIE IV

TAUX HORAIRE MAXIMUM POUR LA RÉPARATION DES AIDES VISUELLES ASSURÉES

Taux horaire : 45,33 \$