

LES SERVICES DE SANTÉ COUVERTS PAR LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Voici un récapitulatif de l'ensemble des services de santé couverts par le régime d'assurance maladie du Québec.

LES SERVICES MÉDICAUX – POUR QUI ?

Le programme de services médicaux est un programme universel, c'est-à-dire qu'il est destiné à toutes les personnes qui sont couvertes par le régime d'assurance maladie. Pour en bénéficier, il suffit de présenter sa carte d'assurance maladie valide.

SERVICES MÉDICAUX – SERVICES COUVERTS

Les services médicaux couverts par le régime d'assurance maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien (appelé aussi « médecin de famille » ou « médecin généraliste ») ou par un médecin spécialiste. Ces services sont entre autres :

- les **examens** ;
- les **consultations** ;
- les **services diagnostiques** ;
- les **actes thérapeutiques** ;
- les traitements psychiatriques ;
- la chirurgie ;
- la radiologie ;
- l'anesthésie.

Ces services sont couverts peu importe l'endroit où ils sont rendus. C'est le cas notamment :

- en cabinet privé ;
- en centre hospitalier ;
- en centre local de services communautaires (CLSC) ;
- en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- en centre de réadaptation ;
- au domicile du patient.

Notez que certains services ne sont couverts qu'en centre hospitalier. Il s'agit entre autres :

- de la plupart des services de laboratoire ;
- de certains examens très spécialisés telles l'échographie, la tomographie axiale commandée par ordinateur (que l'on appelle « TACO » ou « CAT ») et l'imagerie par résonance magnétique.

LES SERVICES DENTAIRES – POUR QUI ?

Certains services que rendent les dentistes et denturologistes sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Des services de chirurgie buccale sont couverts pour tous.

D'autres le sont pour :

- les enfants de moins de 10 ans ;
- les prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis au moins douze mois consécutifs et les personnes à leur charge ;
- les prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis au moins vingt-quatre mois consécutifs et les personnes à leur charge.

SERVICES DENTAIRES – SERVICES COUVERTS

Pour tous

En milieu hospitalier, toute personne assurée a droit à certains services de chirurgie buccale, en cas de traumatisme ou de maladie. Ils sont fournis sans frais. Les examens, l'anesthésie locale ou générale et les radiographies qui y sont liés sont également couverts.

Exemples de services couverts :

- greffe osseuse ;
- drainage d'un abcès ;
- ablation d'un kyste ou d'une tumeur ;
- réduction d'une fracture ;
- réparation d'une lacération ;
- repositionnement de la mâchoire ;
- traitement de l'inflammation d'un os ;
- traitement de l'articulation de la mâchoire ;
- traitement des glandes salivaires.

Pour les enfants de moins de 10 ans

Ils reçoivent gratuitement les services ci-après, certains en clinique dentaire, d'autres en milieu hospitalier, d'autres encore aux deux endroits :

- un examen par année ;
- les examens d'urgence ;
- les radiographies ;
- l'anesthésie locale ou générale ;
- les obturations en amalgame (gris) pour les dents postérieures ;
- les obturations en matériau esthétique (blanc) pour les dents antérieures ;
- les couronnes préfabriquées ;
- les pansements sédatifs, soit des obturations provisoires visant à réduire la douleur ;
- l'endodontie (elle inclut, dans leur cas, le traitement de canal, l'apexification, la pulpectomie, la pulpotomie et l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire) ;
- l'extraction de dents et de racines ;
- les services de chirurgie buccale couverts pour tous (voir la liste d'exemples).

Exclusion

Les coûts d'un nettoyage, d'un détartrage et d'une application de fluorure ne sont pas assumés par la Régie pour les enfants de moins de 10 ans.

SERVICES OPTOMÉTRIQUES – POUR QUI ?

Les personnes qui ont droit au programme sont :

- les personnes de moins de 18 ans ;
- les personnes de 65 ans ou plus ;
- les personnes de 18 à 64 ans qui sont prestataires d'une aide financière de dernier recours depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi que les personnes à leur charge ;
- les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse depuis au moins 12 mois consécutifs et qui, sans cette allocation, auraient droit à des prestations d'aide financière de dernier recours ;
- les personnes de 18 à 64 ans hospitalisées pour recevoir des soins de longue durée ou hébergées en établissement (l'établissement assume le coût des services optométriques) ;
- les personnes ayant une déficience visuelle qui sont inscrites dans un établissement reconnu spécialisé.

SERVICES OPTOMÉTRIQUES – SERVICES COUVERTS

De façon générale, les services assurés touchent l'examen des yeux, l'analyse de leurs fonctions, l'étude des troubles opculo-visuels et la prescription d'un traitement approprié.

Plus particulièrement, les services assurés comprennent :

- les examens qui permettent de déceler un trouble de l'œil ou de la vision et d'en suivre l'évolution ;
- les examens spécifiques relatifs à la vision sous-normale, à l'anisétropie et, dans certains cas particuliers, au port de lentilles cornéennes ;
- l'examen d'orthoptique pour les personnes de 16 ans ou moins ;
- l'étude de la vision des couleurs, des champs visuels et de la motilité oculaire, ainsi que l'adaptométrie.

Attention

Les personnes âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus ont droit à un seul examen complet de la vision et à une seule étude extensive de la vision des couleurs par année. Pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours âgés de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans, ces mêmes services sont payables par période de deux ans.

APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie qui a une déficience physique et qui répond aux conditions prévues par le programme.

APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE SERVICES COUVERTS

La personne admissible au régime et qui remplit les conditions requises a droit :

- à l'achat, à l'ajustement, au remplacement, à la réparation et, dans certains cas, à l'adaptation des aides à la marche, aides à la verticalisation, aides à la locomotion et aides à la posture ainsi que de leurs composants, compléments et accessoires ;

- à l'achat, à l'ajustement, au remplacement et à la réparation d'orthèses et de prothèses.

Les triporteurs et les quadriporteurs ne sont pas assurés. Toutefois, les services d'ajustement et de réparation de ces appareils sont assurés s'ils ont été payés par l'Office des personnes handicapées du Québec avant le 12 novembre 1998.

Note

Les prothèses des membres supérieurs, les fauteuils roulants, les bases roulantes ainsi que les poussettes et ambulateurs pour enfants doivent être retournés à un établissement ou à un laboratoire autorisés par la Régie lorsqu'ils ne sont plus utilisés par la personne.

AIDES AUDITIVES – POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec qui présente une déficience auditive et qui remplit les conditions d'attribution suivantes :

- la personne de moins de 12 ans qui est atteinte d'une déficience auditive susceptible de compromettre son développement de la parole et du langage ;
- la personne de 12 ans ou plus et de moins de 19 ans dont une oreille est affectée d'une déficience auditive moyenne d'au moins 25 décibels ;
- la personne de 19 ans ou plus dont une oreille est affectée d'une déficience auditive moyenne d'au moins 25 décibels et qui poursuit un programme d'études menant à l'obtention d'un diplôme, d'un certificat ou d'une attestation d'études reconnus par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport ;
- la personne dont l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive moyenne d'au moins 35 décibels (sans limite d'âge) ;
- la personne qui, en plus d'une déficience auditive, présente d'autres déficiences et dont l'ensemble des limitations fonctionnelles empêchent son intégration sociale, scolaire ou professionnelle (sans limite d'âge).

AIDES AUDITIVES – SERVICES COUVERTS

La personne admissible au régime et qui remplit les conditions requises a droit :

- à l'achat et au remplacement d'une prothèse auditive (appareil servant à améliorer l'audition) de l'une des catégories suivantes : analogique (de types intra-auriculaire, contour d'oreille, de corps et sur lunettes), analogique à contrôle numérique (de types intra-auriculaire et contour d'oreille) et numérique (de types intra-auriculaire et contour d'oreille) ;
- à l'achat et au remplacement d'aides de suppléance à l'audition (appareil servant à suppléer à une incapacité auditive), comme par exemple : décodeur, téléscripteur, amplificateur téléphonique, réveil-matin adapté, détecteur de sonnerie, etc.

Remplacement

La Régie assume le coût de remplacement d'une aide auditive dans les cas où :

- la déficience auditive ou la condition physique de la personne assurée a changé suffisamment pour rendre l'aide inefficace ;
- la capacité de la personne assurée à manipuler les commandes (les contrôles) a diminué au point de lui rendre impossible l'utilisation de son aide ;
- la détérioration précoce de l'aide est due à un excès d'acidité de la transpiration, à un excès de vapeurs toxiques ou à un excès de pollution par la poussière ;
- un bris accidentel a causé la détérioration de l'aide ;
- au cours des six premières années d'usage :
 - ✓ le coût d'une seule réparation dépasse 70 % du coût d'achat de l'aide ;
- après six ans d'usage :
 - ✓ la somme des réparations effectuées à compter de la septième année dépasse 60 % du coût d'achat de l'aide,
 - ✓ l'aide ne peut plus fonctionner dans des conditions normales.

Réparation

Les personnes admissibles au programme ont droit à la réparation de leurs aides auditives, y compris celles qui leur appartiennent en propre (c'est-à-dire des aides auditives qui n'ont pas été payées par la Régie), à condition que ces dernières aient été prises en charge en conformité avec le réglement sur les aides auditives. Cependant, la Régie ne couvre pas le coût des réparations dues à un usage négligent ou abusif de l'aide.

Piles

Les piles sont incluses dans le prix payé par la Régie lors de l'achat ou du remplacement d'une aide auditive. Cependant, le remplacement des piles est à la charge des personnes assurées ainsi que le nettoyage, la vérification, l'analyse de l'aide, etc.

Les prothèses auditives ont une garantie d'au moins deux ans et les aides de suppléance à l'audition, d'au moins un an. Pour en connaître les détails, consultez votre audioprothésiste ou votre distributeur d'aides de suppléance à l'audition.

APPAREILS FOURNIS AUX STOMISÉS PERMANENTS POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie et dont le certificat médical atteste le caractère permanent de l'une de ces interventions.

APPAREILS FOURNIS AUX STOMISÉS PERMANENTS SERVICES COUVERTS

La personne admissible au régime et qui remplit les conditions requises a droit à un montant forfaitaire de 700 \$ par stomie, pour lui permettre de couvrir la majeure partie des coûts de l'appareillage nécessaire. Par la suite, tous les ans, à la date

anniversaire de l'intervention chirurgicale, cette personne aura droit à un montant forfaitaire de 700 \$ par stomie pour couvrir les frais de remplacement de l'appareillage.

PROTHÈSES MAMMAIRES EXTERNES - POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie du Québec qui a subi une mastectomie totale ou radicale ainsi que les personnes de 14 ans ou plus qui souffrent d'aplasie (absence totale de formation du sein).

PROTHÈSES MAMMAIRES EXTERNES SERVICES COUVERTS

La personne admissible au régime et qui remplit les conditions requises a droit, pour chaque sein, à un montant forfaitaire de 200 \$ pour couvrir, en partie ou en totalité, les frais liés à l'achat d'une prothèse mammaire externe.

Par la suite, tous les deux ans, à la date anniversaire de la mastectomie ou du constat médical, la personne a droit à un montant forfaitaire de 200 \$ pour couvrir les frais de remplacement de la prothèse.

AIDES VISUELLES - POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie qui est aveugle ou qui a une basse vision.

Une personne est admissible au programme lorsque l'acuité visuelle de chaque œil est inférieure à 6/21 ou que le champ visuel est inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90° après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, c'est-à-dire de lunettes ou de lentilles cornéennes (à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à quatre dioptries).

Note

Pour profiter de ce programme à titre d'étudiant ou de travailleur, la personne doit poursuivre des études menant à l'obtention d'un diplôme, d'un certificat ou d'une attestation d'études reconnus par le Ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport ou effectuer un travail rémunéré, à titre de travailleur salarié ou de travailleur autonome.

AIDES VISUELLES – SERVICES COUVERTS

La personne admissible au programme a droit au prêt d'aides qui peuvent être utilisées pour :

- la lecture : magnétophone, télévisionneuse, système optique, calculatrice, etc. ;
- l'écriture : machine à écrire standard ou braille, etc. ;
- la mobilité : canne blanche, détecteur électronique d'obstacles, etc.

Un montant de 210 \$ est alloué pour l'acquisition d'un chien-guide. Par la suite, une somme de 1 028 \$ par année est attribuée pour son entretien.

Les élèves du primaire et du secondaire, les étudiants du collégial et de l'université ainsi que les travailleurs ont droit à :

- des modèles plus complexes d'aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité, par exemple, des télévisionneuses couleur avec des fonctions de lecture ;
- des aides informatiques telles que : afficheurs braille, synthétiseurs vocaux, systèmes de grossissement de caractères et unités de reconnaissance de caractères imprimés. Dans le cas des aides informatiques, certains critères, dont ceux relatifs aux études, s'appliquent.

PROTHÈSES OCULAIRES - POUR QUI ?

Toute personne assurée par le régime d'assurance maladie qui nécessite une prothèse oculaire (œil artificiel).

PROTHÈSES OCULAIRES – SERVICES COUVERTS

La personne admissible au régime et qui remplit les conditions requises a droit, pour chaque œil, à l'achat ou au remplacement d'une prothèse oculaire, une fois par période de cinq ans, et à une allocation annuelle pour l'entretien et la réparation de la prothèse.

Les montants fixés sont :

- 585 \$ pour une prothèse sur mesure fabriquée par un oculariste certifié ;
- 225 \$ pour une prothèse usinée ;
- 25 \$ (par année civile) pour la réparation et l'entretien. Les premiers 25 \$ ne peuvent être alloués avant les 12 mois suivant l'achat de la prothèse.

Depuis le 1^{er} décembre 1998, le programme couvre aussi l'achat et l'installation de conformateurs.

Les montants fixés sont :

- 187 \$ pour un conformateur avec cuisson ;
- 112 \$ pour un conformateur sans cuisson.

AUTRES SERVICES DE LA RAMQ

La RAMQ offre aussi les services suivants :

- **Services assurés pour les ressortissants étrangers** ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime.
- **Services hospitaliers fournis au Québec à des résidents d'une autre province.**
- **Services hospitaliers ou médicaux reçus à l'extérieur du Québec¹ ou du Canada²** par des résidents du Québec.

COTISATIONS

L'employeur cotise un pourcentage donné de sa masse salariale : de 2,7% pour une masse salariale de 1 000 000 \$ ou moins, le taux de cotisation augmente graduellement jusqu'à 4,26% pour une masse salariale de 5 000 000 \$ ou plus.

Les résidents du Québec cotisent 1% de la presque totalité du revenu imposable autre que le salaire, en excédent de 13 075 \$ (sauf la tranche entre 28 076 \$ et 45 460 \$), jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

¹ Tous les services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie et fournis à un bénéficiaire en séjour à l'extérieur du Québec sont remboursés ou payés conformément aux dispositions de la Loi sur l'assurance maladie, soit le moindre du montant effectivement payé pour ces services ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services s'ils avaient été rendus par un professionnel de la santé au Québec.

² Les services hospitaliers reçus hors du Canada ne sont remboursés ou payés que dans les cas de situation d'urgence ou de maladie subite.

Pour plus de précisions nous vous invitons à consulter le site de La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) au :

www.ramq.gouv.qc.ca

RAPPEL



Ce pictogramme vous indique que l'information contenue dans ce communiqué concerne principalement l'administrateur du régime d'assurances collectives.



Ce pictogramme vous indique que l'information contenue dans ce communiqué concerne l'ensemble de vos employés.