

Politique du Programme prothétique du Développement social

Introduction

Le Programme prothétique des Services d'assistance médicale est un programme de prestations de santé offert par le ministère du Développement social pour aider les clients admissibles à obtenir certains services prothétiques qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie provinciale ou par les régimes privés de soins médicaux.

Qui est admissible?

Ce programme est offert :

- Aux clients de l'aide sociale et aux personnes à leur charge;
- Aux personnes qui ont des besoins particuliers en matière de santé et qui satisfont aux conditions pour recevoir des soins de santé subventionnés en vertu du paragraphe 4(4) de la *Loi sur la sécurité du revenu familial* et de ses règlements;
- Aux enfants pris en charge;
- Aux clients du programme de soutien familial pour les enfants ayant un handicap;
- Aux clients de la protection de l'enfance;
- Aux clients des soins de longue durée qui satisfont aux conditions pour recevoir la carte d'assistance médicale;
- Aux résidents de foyers de soins dont les soins sont subventionnés par Développement social;
- Aux clients de la santé mentale.

Les clients admissibles recevront une des prestations suivantes, mais des **critères additionnels, propres à la prestation, s'appliqueront** :

- Une carte d'assistance médicale blanche valide avec la mention :
 - « Supplémentaires » sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE DE BASE
OU
 - « PR » sous la section ADMISSIBILITÉ MÉDICALE ADDITIONNELLE
- Une carte d'assistance médicale jaune portant la mention « Y » ou « X » sous la section SUPP dans la case VALIDE UNIQUEMENT POUR.

Définitions du programme

Prothèse trans-fémorale	Comprend toute prothèse allant de la désarticulation du genou à l'hémipectomie.
Besoin de base (définition des Services de santé)	Besoin régulier ou quotidien, de nature physiologique. Seuls les équipements ou les services qui font partie de la liste des prestations des programmes et qui respectent les critères relatifs à ces prestations sont pris en considération. Les équipements ou les services admissibles peuvent permettre à un client de manger, de boire, de voir, d'entendre, d'aller aux toilettes, de dormir, de respirer ou de se déplacer à l'intérieur de l'environnement de son domicile principal.
Prothèse trans-tibiale	Comprend toute prothèse débutant sous le genou, allant jusqu'à une partie du pied
Partage des coûts	Une demande de financement additionnel pour l'équipement, qui s'ajoute à des fonds déjà obtenus de la part d'une compagnie d'assurance privée.
Date de service	La date où le client reçoit la prothèse ou les accessoires dans leur version définitive. Cette date doit précéder la date d'approbation par les Services de santé.
Critères d'admissibilité	Une liste des circonstances ou conditions auxquelles un client admissible doit répondre afin d'être approuvé pour recevoir une prestation.
Demande d'exception/ Autorisation spéciale	Demande d'approbation d'une prestation ou d'un article lorsque le client ne répond pas à tous les critères d'admissibilité.
Formulaire pour les circonstances exceptionnelles	Ce formulaire porte le titre officiel <u>Demande aux Services de santé en raison de circonstances exceptionnelles</u> . Il est rempli pour les clients par des travailleurs sociaux dans le cadre du Programme de soutien familial pour les enfants handicapés, afin de recommander une prestation des Services de santé pour financer la partie du coût de l'équipement que l'assureur privé du client ne couvrira pas.
OPC	Orthèse Prothèse Canada
Lettre de prédétermination/ état des prestations	Une déclaration officielle préparée par une compagnie d'assurance privée qui indique les prestations et les montants que la compagnie couvrira ou ne couvrira pas pour un client. Aussi appelée État des prestations ou Explication des prestations.
Modifications à la prothèse	Tout changement apporté à l'ordonnance, à la conception ou au réglage de l'équipement. Ce changement peut être permanent ou non.
Réparations d'une prothèse	La remise dans un état fonctionnel d'une prothèse ou d'une composante grâce à un travail physique et/ou à des pièces de rechange.

Devis	Un relevé officiel des coûts fourni par un fournisseur autorisé. Les devis doivent être fournis sur le formulaire de réclamation électronique des services de santé.
Garantie	Fournisseur de services – Une période pendant laquelle le fournisseur de services couvre les défauts de fabrication d'appareils faits sur mesure. La garantie ne couvre pas l'usure normale des composantes, des coussins et des courroies, ni les modifications physiologiques, anatomiques ou pathomécaniques apportées à la prothèse après sa réception ou un mauvais usage de la prothèse par le client. Fabricant – La garantie du fabricant couvre toutes les composantes d'une prothèse. Elle peut couvrir une période différente de la période de garantie du fournisseur.

Prestations

Remarques importantes

1. Tous les services doivent être approuvés au préalable par le programme des Services de santé.
2. Le partage des coûts pour une prothèse des membres inférieurs et des autorisations spéciales pourrait être envisagé.
3. Le client doit remplir tous les critères d'admissibilité pour qu'une prestation soit approuvée.
4. Les services doivent être offerts par un fournisseur du Nouveau-Brunswick, exception faite des cas où le client n'est pas en mesure d'obtenir l'équipement ou le service dans cette province.
5. Toutes les demandes concernant des enfants qui bénéficient d'un suivi dans le cadre du **Programme de soutien familial pour les enfants handicapés**, et dont la famille souscrit une assurance privée doivent être soumises à l'assureur privé en premier lieu. En l'absence d'une couverture complète, la demande peut être soumise au travailleur du client afin d'obtenir une approbation financière pour le solde non couvert. En cas d'approbation, le travailleur social remplira le formulaire « **Demande aux Services de santé en raison de circonstances exceptionnelles** » et acheminera tout le dossier au programme des Services de santé aux fins d'examen.

Prothèses des membres inférieurs – prestations admissibles

Prothèses des membres inférieurs	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client a besoin d'un membre artificiel pour accomplir les activités de base de la vie quotidienne. 2. La prothèse ne sera pas fournie dans l'intention de pratiquer une activité particulière (p. ex. sport). 3. La prothèse ne sera fournie pour aucune autre raison que la mobilité. 4. La prothèse prescrite est l'option la plus économique pour répondre aux besoins médicaux de base du client. 5. L'une des conditions suivantes rend admissible à une prothèse par membre : A) Le client ne dispose d'aucun membre artificiel en ce moment et remplit les autres critères d'admissibilité. OU

	<p>B) Le client dispose d'un membre artificiel qui date d'au moins cinq ans et qui a besoin d'être remplacé parce qu'il est en mauvais état ou parce qu'il n'est plus adapté à ses besoins. OU</p> <p>C) Changement de l'état de santé – le client dispose d'un membre artificiel qui date de moins de cinq ans, mais qui a besoin d'être remplacé parce que l'état de santé du client a connu un changement majeur*.</p> <p>6. Le maximum payable pour une prothèse trans-tibiale est de 12 000 \$, ce qui inclut toutes les composantes requises, la prothèse d'entraînement, les fournitures, la main-d'œuvre et les frais de suivi pendant trois mois.</p> <p>7. Le maximum payable pour une prothèse trans-fémorale est de 24 000 \$, ce qui inclut toutes les composantes requises, la prothèse d'entraînement, les fournitures, la main-d'œuvre et les frais de suivi pendant trois mois.</p> <p>*Les demandes correspondant à ce critère (5C) sont considérées comme des exceptions. Les détails concernant le problème de la prothèse actuelle doivent être décrits dans le champ de justification du formulaire de demande.</p>
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres des Services de santé dûment rempli • L'original d'une ordonnance rédigée par un médecin ou une infirmière praticienne et dont la date ne remonte pas à plus de douze mois. • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé • Une liste détaillée des composantes et des frais, notamment le fabricant/modèle et les détails de la garantie, le cas échéant. • <u>Pour le partage des coûts seulement</u> : état des prestations/lettre de prédétermination d'une compagnie d'assurance privée.
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Prothésistes attestés par le Conseil d'administration d'OPC au Nouveau-Brunswick.
Services non admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses contrôlées par microprocesseur • Prothèses myoélectriques • Toutes les prothèses servant à la pratique d'activités récréatives

Prothèses des membres supérieurs	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client a besoin d'un membre artificiel pour accomplir les activités de base de la vie quotidienne. 2. La prothèse ne servira pas à pratiquer une activité particulière (p. ex. sport). 3. La prothèse prescrite est l'option la plus économique pour répondre aux besoins médicaux de base du client. 4. L'une des conditions suivantes rend admissible à une prothèse par membre : <ol style="list-style-type: none"> A) Le client ne dispose d'aucun membre artificiel en ce moment et remplit les autres critères d'admissibilité. OU B) Le client dispose d'un membre artificiel qui date d'au moins cinq ans et qui a besoin d'être remplacé parce qu'il est en mauvais état ou parce qu'il n'est plus adapté à ses besoins. OU C) Changement de l'état de santé – le client dispose d'un membre artificiel qui date de moins de cinq ans, mais qui a besoin d'être remplacé parce que l'état de santé du client a connu un changement majeur*. 5. Le maximum payable pour une prothèse trans-radiale est de 12 000 \$, ce qui inclut toutes les composantes requises, la prothèse d'entraînement, les fournitures, la main-d'œuvre et les frais de suivi pendant trois mois. - 6. Le maximum payable pour une prothèse trans-humérale est de 15 000 \$, ce qui inclut toutes les composantes requises, la prothèse d'entraînement, les fournitures, la main-d'œuvre et les frais de suivi pendant trois mois. <p>*Les demandes correspondant à ce critère sont considérées comme des exceptions. Les détails concernant le problème de la prothèse actuelle doivent être décrits dans le champ de justification du formulaire de demande.</p>
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres des Services de santé dûment rempli. • L'original d'une ordonnance rédigée par un médecin ou une infirmière praticienne et dont la date ne remonte pas à plus de douze mois. • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé. • Une liste détaillée des composantes et des frais, notamment le fabricant/modèle et les détails de la garantie, le cas échéant. • Pour le partage des coûts seulement : état des prestations/lettre de prédétermination d'une compagnie d'assurance privée.
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Prothésistes attestés par le Conseil d'administration d'OPC au Nouveau-Brunswick.
Services non admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses contrôlées par microprocesseur • Prothèses myoélectriques • Toutes les prothèses servant à la pratique d'activités récréatives

Services supplémentaires de prothèses des membres inférieurs			
Service	Critères/restrictions	Documents requis	Fournisseurs admissibles
Remplacement de l'emboîture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raison du remplacement de l'emboîture : <ol style="list-style-type: none"> a) Changement pathologique du moignon OU b) Changement des besoins fonctionnels du client OU c) Dommages ou usure irréparable en raison du poids du client ou de son niveau d'activité 2. Le maximum payable est de 8 000 \$, main-d'œuvre comprise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Formulaire de demande de prothèses de membres des Services de santé dûment rempli, accompagné d'une explication justifiant la nécessité du remplacement • L'original d'une ordonnance rédigée par un médecin ou une infirmière praticienne et dont la date ne remonte pas à plus de douze mois • L'estimation inscrite sur un formulaire électronique de réclamation aux Services de santé • Une liste détaillée des composantes et des frais. 	Prothésistes attestés par le Conseil d'administration d'OPC, exerçant au Nouveau-Brunswick
Gaine de succion ou de gaine de suspension	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable est de 375 \$ par gaine. 2. Deux gaines tous les douze mois, si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres inférieurs des Services de santé dûment rempli 	
Doublures	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le montant maximum payable est de 1 200 \$ par doublure. 2. Deux doublures sont autorisées par période de douze mois, selon les besoins, à moins que des doublures de rechange soient nécessaires au moment du remplacement de l'emboîture, auquel cas deux doublures seraient fournies. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'estimation inscrite sur un formulaire électronique de réclamation aux Services de santé • Une liste détaillée des composantes et des frais • Des renseignements supplémentaires doivent être inscrits dans le champ de justification du formulaire de demande si les Services de santé n'ont pas acheté la prothèse originale. 	
Chaussettes interfaces	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable est de 225 \$ par chaussette. 2. Six chaussettes tous les douze mois, si nécessaire 		
Chaussettes prothétiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable est de 85 \$ par chaussette. 2. Six chaussettes sont autorisées tous les douze mois, si nécessaire 		
Guêtres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable est de 40 \$ par guêtre. 2. Deux guêtres tous les douze mois, si nécessaire 		

Gainnes d'interface en nylon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable est de 50 \$ par gaine d'interface. 2. Six gainnes d'interface en nylon tous les douze mois, si nécessaire 		
Recouvrements protecteurs anatomiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maximum payable pour un recouvrement protecteur tibial est de 360 \$. 2. Le maximum payable pour un recouvrement protecteur au-dessus du genou est de 1 100 \$. 3. Un recouvrement protecteur tous les 24 mois 		
Autres accessoires (rétrécisseurs, ceintures, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le besoin médical de chaque produit doit être prouvé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres inférieurs des Services de santé dûment rempli • L'estimation inscrite sur un formulaire électronique de réclamation aux Services de santé • Une liste détaillée des composantes et des frais • Des détails et une explication justifiant la nécessité des accessoires sont exigés 	
Réparation d'une prothèse de membre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucune réparation n'est admissible pendant la période de garantie d'une nouvelle prothèse de membre. Un montant maximum total de 300 \$ par année peut être facturé sans autorisation préalable. Les frais dépassant le montant de 300 \$ devront être autorisés au préalable. 2. Les réparations doivent être effectuées par le fournisseur d'origine de la prothèse, sauf dans les situations suivantes : <ol style="list-style-type: none"> a) La prothèse a été obtenue ailleurs qu'au N.-B. b) Le prothésiste n'exerce plus. c) Le client a déménagé et n'est pas en mesure de retourner voir le prothésiste d'origine. 3. Les demandes de remboursement de réparations doivent préciser 	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres inférieurs des Services de santé dûment rempli • L'estimation inscrite sur un formulaire électronique de réclamation aux Services de santé • Une liste détaillée des réparations et des frais • Des détails et une explication justifiant la nécessité de la réparation 	Prothésistes attestés par le Conseil d'administration d'OPC, exerçant au Nouveau-Brunswick

	séparément le coût de la main-d'œuvre et celui du matériel.		
Modification d'une prothèse de membre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun ajustement n'est admissible avant une période d'au moins 90 jours après la réception d'une nouvelle prothèse. 2. Un montant maximum total de 300 \$ par année peut être facturé sans autorisation préalable. Les frais dépassant le montant de 300 \$ devront être autorisés au préalable. 3. Les modifications doivent être effectuées par le fournisseur d'origine de la prothèse, sauf dans les situations suivantes : <ol style="list-style-type: none"> a) La prothèse a été obtenue ailleurs qu'au N.-B. b) Le prothésiste n'exerce plus. c) Le client a déménagé et n'est pas en mesure de retourner voir le prothésiste d'origine. 4. Les demandes de remboursement de modifications doivent préciser séparément le coût de la main-d'œuvre et celui du matériel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de demande de prothèses de membres inférieurs des Services de santé dûment rempli • L'estimation inscrite sur un formulaire électronique de réclamation aux Services de santé • Une liste détaillée des modifications et des frais • Des détails et une explication justifiant la nécessité de la modification 	Prothésistes attestés par le Conseil d'administration d'OPC, exerçant au Nouveau-Brunswick

Prothèses vocales – prestations admissibles

Prothèse vocale trachéo-œsophagienne amovible	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client a subi une laryngectomie. 2. Les PTO à demeure sont couvertes une fois tous les six mois. 3. Les PTO amovibles sont admissibles au besoin. Le maximum payable annuellement est de 1 000 \$.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • L'ordonnance d'un orthophoniste datée dans les douze derniers mois • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Fabricant de matériel médical autorisé

Électrolarynx	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client a subi une laryngectomie. 2. Une prothèse vocale trachéo-œsophagienne ne convient pas du point de vue médical. 3. Un électrolarynx est couvert tous les cinq ans. Le maximum payable est de 1 200 \$.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • L'ordonnance d'un orthophoniste datée dans les douze derniers mois • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Fabricant de matériel médical autorisé

Services de prothèses vocales supplémentaires			
Service	Critères/restrictions	Documents requis	Fournisseurs admissibles
Entretien Pile de rechange	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prothèse a été fournie par les Services d'assistance santé. 2. Les réparations sont couvertes une fois par an. 3. Les piles de remplacement sont couvertes une fois par an. 	L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé	Fabricant de matériel médical autorisé

Prothèses oculaires – prestations admissibles

Prothèses oculaires	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client est borgne par suite d'un traumatisme, d'une ablation chirurgicale ou d'une déficience congénitale. 2. Les prothèses oculaires sont couvertes une fois tous les trois ans. Le maximum payable est de 2 500 \$.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • L'ordonnance d'un ophtalmologiste datée dans les douze derniers mois • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Oculariste certifiée par le Bureau national d'examen des Ocularistes.

Services de prothèses oculaires supplémentaires			
Service	Critères/restrictions	Documents requis	Fournisseurs admissibles
Polissage et remontage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une prothèse oculaire a été fournie par les Services d'assistance santé. 2. Le polissage et le remontage sont couverts une fois par année. 3. Le maximum payable est de 100 \$. 	L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé	Oculariste certifiée par le Bureau national d'examen des Ocularistes.

Prothèses mammaires – prestations admissibles

Prothèses mammaires et soutien-gorge	
Critères d'admissibilité et limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. La cliente a subi une mastectomie complète d'un sein ou des deux seins. 2. Le maximum payable est de 600 \$, y compris les frais d'ajustement et de suivi. 3. Les prothèses mammaires sont couvertes une fois tous les deux ans. 4. Un seul soutien-gorge est couvert au moment de la fourniture de la prothèse.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • L'original d'une ordonnance rédigée par un médecin ou une infirmière praticienne et dont la date ne remonte pas à plus de douze mois. • L'estimation inscrite sur un formulaire de réclamation pour une prothèse aux Services de santé
Fournisseurs de services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Préposé à l'essayage certifié • Pharmacies ou fournisseurs de matériel médical ayant à son emploi un préposé à l'essayage certifié
Services non admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien-gorge de remplacement • Implants mammaires • Prothèses sportives