

REMBOURSEMENT DE FOURNITURES DE STOMIE AU QUÉBEC

Programme d'appareils de stomie (POSA)

Le Programme d'appareils de stomie (POSA) offre un soutien financier pour l'achat ou le remplacement de fournitures de stomie. L'aide financière est versée une fois par an. Le montant est déterminé en fonction du type de stomie : permanente ou temporaire.

SUIS-JE ADMISSIBLE ?

Pour être admissible au programme, vous devez remplir les deux conditions suivantes :

- -être assuré par le régime d'assurance maladie du Québec
- -avoir subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente ou temporaire

Vous devez nous aviser sans délai de la fermeture de votre stomie ou d'un changement de votre condition physique. Vous pouvez le faire par écrit ou par téléphone.

COUVERTURE DES AVANTAGES SOCIAUX

Pour chaque stomie, le programme prévoit un paiement forfaitaire annuel de :

- 1 443 \$ pour une stomie permanente
- 962 \$ pour une stomie temporaire

Le montant accordé est destiné à l'achat de vos fournitures (sacs et autres produits) et à leur remplacement. Vous devez payer le coût excédentaire si le montant de votre facture dépasse le montant forfaitaire accordé dans le cadre du programme. La partie que vous payez peut être réclamée à un

programme d'assurance autre ou réclamée à titre de frais médicaux dans votre déclaration de revenus.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS DU POSA

Vous devez effectuer les trois étapes suivantes pour chaque stomie dans le cadre de votre 1^{re} demande d'inscription. Le cas échéant, nous pouvons vous demander d'autres documents indispensables à l'évaluation de votre demande.

1. Remplir et imprimer le [formulaire de demande](#) pour le POSA
2. Obtenir une prescription médicale
3. Envoyer le formulaire dûment rempli et l'ordonnance médicale par la poste au POSA (voir les coordonnées)

Il est recommandé de conserver des copies des documents que vous envoyez.

L'ordonnance médicale doit contenir les informations lisibles suivantes :

- vos nom et prénom
- votre date de naissance ou votre numéro d'assurance maladie
- la date et le type de chirurgie (colostomie, iléostomie ou urostomie)
- confirmation du caractère permanent ou temporaire de la stomie
- le prénom, le nom de famille et le numéro de permis du médecin
- la date de l'ordonnance
- la signature du médecin

PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT

Après votre inscription au programme, vous recevrez automatiquement le paiement forfaitaire accordé pour l'achat et

le remplacement de vos appareillages. Nous enverrons le montant par la poste à l'adresse indiquée dans votre dossier. Pour cette raison, n'oubliez pas de nous prévenir si vous déménagez.

Le délai de traitement est de 60 jours. Nous communiquerons avec vous si votre demande est incomplète. Dans tous les cas, vous ne recevrez pas d'accusé de réception. Veuillez nous appeler uniquement si le délai de traitement est dépassé.

CARNET DE RÉCLAMATION

L'achat et le remplacement d'appareils de stomie sont entièrement remboursés dans le cadre du programme si vous détenez un [carnet de réclamation valide](#). Pour être admissible, vous devez être inscrit auprès du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et nous faire parvenir vos factures détaillées, accompagnées d'une preuve de paiement, dans les 12 mois suivant la date d'achat.

À cet égard, un accord peut être conclu volontairement afin que nous payions le coût réel des appareils directement au fournisseur. Vous pouvez en discuter avec le fournisseur de votre choix, puis nous contacter pour conclure le contrat, le cas échéant. La signature de cette entente mettra fin au paiement automatique de tous les paiements forfaitaires.

CONTENU DE VOS FACTURES DÉTAILLÉES

Toute facture détaillée doit contenir les informations suivantes :

- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'entreprise où l'appareil a été acheté
- la date d'achat
- une description de l'appareil et son prix
- vos nom et prénom

Veillez consulter le document suivant pour obtenir de plus amples renseignements sur le Programme d'appareils de stomie

: <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-personnes-stomisees>

**COORDONNÉES :
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**

C.P. 6600, succ.,
Terminus Québec QC G1K 7T3

Québec: 418-646-4636

Montréal: 514-864-3411

Ailleurs au Québec: 1-800-561-9749