

## Justification du remplacement ou de la réparation d'une aide à la locomotion

### 1. Informations sur l'aide à la locomotion

Numéro d'assurance maladie, nom, date de naissance et autres informations sur la personne assurée	Numéro de la demande de services	
	Type d'aide à évaluer <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> Base de positionnement <input type="checkbox"/> Poussette adaptée	Code au Tarif (facultatif) <input type="checkbox"/> 4XXXXXX <input type="checkbox"/> 715XXXX <input type="checkbox"/> 721XXXX <input type="checkbox"/> C. S.
	Numéro de série (s'il y a lieu)	

### 2. Justification du remplacement ou de la réparation

**Si vous répondez « non », passez à la question suivante.  
Dès que vous répondez « oui », passez à la section 3.**

**A) L'aide est-elle désuète, présente-t-elle un bris majeur (bris de la structure de l'assise, rouille, visserie indémontable, etc.) ou est-elle insalubre (odeurs incrustées, infestation de punaises, etc.)?**  
 Oui     Non

**B) Les pièces et les composants nécessaires à la réparation de l'aide sont-ils indisponibles ou de fin de série?**  
 Les fournisseurs doivent rendre les pièces disponibles pendant 5 ans suivant la fin du contrat.  
 Exemples : arrêt de fabrication des pièces, faillite ou fermeture du fabricant.  
 Oui     Non

**Justification par un professionnel nécessaire (seulement si cela s'applique)**

**C) L'aide vaut-elle la peine d'être réparée malgré son état (exemples : bris majeur, grand nombre de pièces à remplacer ou insalubrité) ou son âge (désuétude)?**  
 Oui : précisez les enjeux ci-dessous     Non  
 ↳ **Quels enjeux sont touchés par le remplacement?**  
 Milieu de vie     Rôles sociaux     Capacités cognitives ou condition médicale particulière     Adaptation du véhicule  
 Autres raisons : \_\_\_\_\_

**D) La durée de vie résiduelle de l'aide est-elle estimée à moins de deux ans?**  
 Cochez « oui » pour céder, démonter ou éliminer l'aide si ces deux conditions s'appliquent :  
 • la durée de vie résiduelle de l'aide est de moins de deux ans;  
 • des réparations importantes pour sa valorisation sont imminentes ou prévisibles.  
 Oui     Non

### 3. Décision

Notez que la réparation doit être priorisée.

L'aide doit être réparée   
  L'aide nécessite une réparation urgente avant d'être remplacée   
  L'aide doit être remplacée

**Renseignements complémentaires (au besoin)**

---

**Informations sur l'employé**

Signature de l'employé

**X**

	Date		
	Année	Mois	Jour

## Instructions

### Contexte d'utilisation

Utilisez ce formulaire uniquement pour les aides à la locomotion nécessitant une réparation, menant ou non à un remplacement. Il vise les fauteuils roulants manuels, les fauteuils roulants motorisés, les bases de positionnement et les poussettes adaptées (article 45 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie).

### Obligation

Veillez consigner ce formulaire au dossier de l'utilisateur lors :

- De la réparation d'une aide plutôt qu'un remplacement, même si des réparations majeures sont requises (bris majeur, grand nombre de pièces à changer, insalubrité, etc.), **sauf** lorsqu'il est question de réparations sous garantie et de rappels du fabricant (raisons 7 et 11);
- D'un remplacement de l'aide pour les raisons suivantes :
  - Bris accidentel (raison 22),
  - Usure normale (raison 23),
  - Utilisation négligente ou abusive (raison 24).

**NOTE :** Veuillez joindre ce formulaire si une demande d'autorisation est requise (considération spéciale, article 50, etc.).

### Section 1

Vous devez joindre ce formulaire à votre demande de services en tout temps. Pour l'encadré, vous pouvez :

- Apposer un autocollant contenant toutes les informations nécessaires;
- Faire un placage des informations dans la section réservée à cet effet;
- Utiliser une autre méthode vous permettant d'identifier la personne assurée et l'aide concernée.

### Section 2

#### • Question A

Si la réponse est « oui », vous choisissez l'une des options proposées à la section 3. Vous pouvez choisir de ne pas réparer l'aide.

#### • Question B

Il est permis de remplacer l'aide quand les réparations ne peuvent pas être effectuées.

#### • Question C

Si la réponse est « oui », vous devez obligatoirement cocher un ou plusieurs enjeux pour justifier votre choix. Cette partie doit être remplie par le professionnel, au besoin.

Vous pouvez juger qu'il est nécessaire de réparer l'aide malgré l'ampleur des réparations à effectuer ou que cela n'en vaut pas la peine.

#### • Question D

Veillez tenir compte de l'état général de l'aide et de la disponibilité des pièces.

### Section 3

Vous devez identifier la meilleure option permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur. **Veillez noter que le remplacement ou la réparation d'un composant doit être considéré comme une réparation faite à l'aide à la locomotion, bien que les natures d'intervention sur un composant demeurent.**

Les services urgents et nécessaires d'ajustement et de réparation sont assurés pour un appareil dont la RAMQ a autorisé le remplacement. Ces services visent à permettre un fonctionnement minimal de l'appareil jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son nouvel appareil (article 44 du Règlement).

### Rappels importants

Ce formulaire ne remplace pas les exigences de votre ordre professionnel pour la tenue de dossiers.

Si l'aide doit être remplacée, vous pouvez utiliser le formulaire *Aide à la décision pour la valorisation ou la cession d'une aide à la locomotion* (4555) afin de justifier une demande de cession qui ne satisfait pas aux critères habituels.