

> Optométristes

## Renouvellement de l'Entente 2020-2028

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et votre association ont convenu du renouvellement de votre entente. Celle-ci couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2028.

Nous vous présentons les principaux changements. Pour tous les détails, consultez votre [entente](#). À moins d'avis contraire, les changements entrent en vigueur le **13 juin 2025**, date de signature de l'entente.

Pour tout changement tarifaire rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2020, vous n'avez aucune action à poser. Nous réévaluerons votre facturation. Les ajustements paraîtront sur un ou plusieurs de vos prochains états de compte. Pour plus de détails, consultez les sections 6 et 7 de la présente infolettre.

### SOMMAIRE

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Nomination .....  | 2  |
| 2   | Païement et remboursement.....  | 2  |
| 3   | Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire (Annexe 4) .....                       | 2  |
| 3.1 | Échelles de rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes .....                      | 2  |
| 3.2 | Optométriste hors échelle .....   | 2  |
| 3.3 | Primes .....  | 2  |
| 4   | Avantages sociaux – Honoraires fixes.....   | 3  |
| 4.1 | Congé de maternité .....  | 3  |
| 4.2 | Congé de paternité .....  | 4  |
| 4.3 | Congé pour adoption et congé sans rémunération en vue d'une adoption.....                 | 4  |
| 4.4 | Congé sans rémunération et congé partiel sans rémunération .....                          | 4  |
| 4.5 | Congés spéciaux .....   | 5  |
| 4.6 | Perfectionnement .....  | 5  |
| 4.7 | Régimes d'assurance.....  | 5  |
| 5   | Mesures incitatives.....  | 5  |
| 5.1 | Frais de sortie .....   | 5  |
| 5.2 | Frais de ressourcement .....  | 6  |
| 6   | Montants forfaitaires pour la période du 1 <sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2025 ..... | 6  |
| 7   | Réévaluation et révision des taux applicables au 1 <sup>er</sup> avril 2025.....          | 6  |
| 8   | Abolition de la Lettre d'entente n° 24 .....  | 6  |
| 9   | Tarif d'honoraires .....  | 7  |
| 9.1 | Téléoptométrie.....   | 7  |
| 9.2 | Examens optométriques.....  | 7  |
| 9.3 | Actes diagnostiques .....   | 8  |
| 9.4 | Examens spécifiques .....   | 8  |
| 9.5 | Suppléments.....  | 10 |
| 9.6 | Communication avec un autre professionnel ou la personne assurée .....                    | 12 |
| 9.7 | Abolitions .....  | 13 |

c. c. : Agences de facturation commerciales

#### Courriel et site Web

[www.ramq.gouv.qc.ca/courriel](http://www.ramq.gouv.qc.ca/courriel)

[www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels)

#### Téléphone

Québec 418 780-4208

Montréal 514 687-3612

Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

#### Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,  
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30  
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

Nous serons en mesure de recevoir la facturation selon les nouvelles modalités à compter du **4 juillet 2025**. Vous aurez **90 jours** à compter de cette date pour facturer vos services rétroactivement à la date d'entrée en vigueur.

## 1 Nomination

Le MSSS n'a plus à autoriser, en ce qui a trait aux optométristes ayant une rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

- la première nomination;
- toute augmentation du nombre d'heures à une nomination;
- tout changement de mode de rémunération.

Pour cette raison, vous n'avez plus à transmettre le formulaire [Avis de service – Optométriste – Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes](#) (3628) au MSSS; il doit uniquement nous être acheminé. Nous avons mis à jour ce formulaire, disponible sur notre site Web.

De plus, le MSSS n'a plus à autoriser le dépassement du nombre d'heures annuel maximal prévu si vous détenez une nomination de 35 heures par semaine. Vous pouvez dorénavant dépasser le nombre d'heures annuel maximal prévu, soit :

- 1820 heures pour la rémunération à honoraires fixes;
- 1540 heures pour la rémunération à tarif horaire.

Pour les heures effectuées au-delà de ce nombre, vous recevrez une rémunération au taux horaire normal. Si vous recevez une rémunération à honoraires fixes, ces heures peuvent aussi être remises en temps.

## 2 Paiement et remboursement

Puisque la notion de chèque a été retirée de votre entente, il est dorénavant préférable que vous vous inscriviez au [virement automatique](#) pour le paiement de vos honoraires.

## 3 Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire (Annexe 4)

### 3.1 Échelles de rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes

Les [échelles de rémunération](#) rétroactives au 1<sup>er</sup> avril 2020 sont disponibles dans votre entente.

Si, au 1<sup>er</sup> avril 2025, vous détenez moins de 6 mois d'expérience, vous avez droit à la rémunération selon le taux accordé à l'échelon « 6 mois mais moins de 1 an ». De même, si vous détenez une expérience d'un an mais de moins de 18 mois, vous avez droit à la rémunération selon l'échelon « 18 mois mais moins de 2 ans ».

D'ailleurs, si vous avez obtenu un certificat de résidence de 2<sup>e</sup> cycle en réadaptation du handicap visuel, vous avez droit à 2 échelons supplémentaires pour le calcul de votre taux de rémunération annuel. Ainsi, si vous détenez ce certificat, l'échelon minimal correspond à « 2 ans mais moins de 3 ans ». Si cette situation vous concerne, l'École d'optométrie de l'Université de Montréal doit nous transmettre une copie de ce certificat à [registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca) pour nous en informer.

### 3.2 Optométriste hors échelle

Les modalités applicables à l'optométriste qualifié hors échelle sont ajustées (art. A4-7 de l'Annexe 4).

### 3.3 Primes

#### 3.3.1 Prime d'attraction et de rétention

Si votre rémunération est à honoraires fixes ou à tarif horaire, la prime de 20 % sur chaque heure travaillée continuera de vous être versée. Cette prime n'a pas à être facturée. Elle est versée le 5<sup>e</sup> mois suivant la fin de chaque trimestre.

Elle est calculée à partir des heures régulières ou supplémentaires payées, excluant les heures de congé. Toutefois, seules les heures remises en temps, facturées avec le code de congé **80**, sont admissibles. Pour plus de détails, consultez la page [Prime d'attraction et de rétention en établissement](#).

### **3.3.2 Prime favorisant la disponibilité des optométristes**

Selon le nombre d'heures que vous exercez en établissement au cours d'une semaine, vous pourriez recevoir une prime de 2 % ou 4 %. Pour y avoir droit, vous devez :

- recevoir une rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire;
- détenir un ou plusieurs avis de nomination totalisant 28 heures et plus par semaine.

Cette prime est calculée à partir des heures régulières ou supplémentaires payées, excluant les heures de congé. Toutefois, seules les heures remises en temps, facturées avec le code de congé **80**, sont admissibles.

Elle n'a pas à être facturée, et elle est versée le 5<sup>e</sup> mois suivant la fin de chaque trimestre.

Exceptionnellement, le premier versement portera sur la période du 15 au 28 juin 2025, puisque les semaines de référence prises en compte s'étendent du dimanche au samedi. Ce premier versement sera effectué en novembre 2025. Par la suite, chacun des trimestres comprendra 13 semaines.

Le détail de la prime paraîtra à l'état de compte sous le libellé **Forfaitaire Prime dispo**.

Pour plus de détails, consultez la page [Prime favorisant la disponibilité en établissement](#).

## **4 Avantages sociaux – Honoraires fixes**

### **4.1 Congé de maternité**

Votre congé de maternité peut être fractionné en semaines si votre enfant est hospitalisé ou que vous vous absentez pour certaines situations autres qu'une maladie reliée à votre grossesse et visées aux articles [79.1](#) et [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail. Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles votre congé de maternité peut être suspendu équivaut au nombre de semaines que dure l'hospitalisation de votre l'enfant (art. [79.1](#) de la Loi sur les normes du travail). Pour les autres possibilités de fractionnement, le nombre maximal de semaines de suspension correspond à celui prévu pour chaque situation (art. [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail).

#### **4.1.1 Indemnités et avantages**

##### **Vous recevez une prestation du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)**

Si une modification est apportée au montant versé par le RQAP à la suite d'une modification aux informations que nous lui fournissons, le montant de votre prestation sera ajusté en conséquence.

##### **Vous recevez une prestation du Régime d'assurance-emploi**

Si une modification est apportée au montant versé par le Régime d'assurance-emploi à la suite d'une modification aux informations que nous lui fournissons, le montant de la prestation sera ajusté en conséquence.

##### **Vous n'êtes pas admissible au RQAP ou au Régime d'assurance-emploi**

Vous pouvez recevoir une indemnité équivalant à 93 % de votre traitement moins les prestations reçues d'un régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire si vous répondez aux conditions suivantes :

- vous travaillez à mi-temps ou à temps plein avec une période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires inférieure à 35 heures;
- vous recevez une prestation d'un régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

### 4.1.2 Disposition particulière

Vous avez droit à un congé spécial (code de congé **21**) pour chaque visite liée à votre grossesse. Elle doit :

- être effectuée chez un professionnel de la santé;
- attestée par un certificat médical ou un **rapport écrit signé par une sage-femme**.

## 4.2 Congé de paternité

À la naissance de votre enfant, vous avez droit à un congé de paternité sans rémunération d'au plus 5 semaines (code de congé **63**) qui, sous réserve des articles [A5-1.22 B](#)) et [A5-1.22 C](#)), doivent être consécutives. Ce congé doit se terminer **au plus tard à la fin de la 78<sup>e</sup> semaine** suivant la semaine de la naissance de votre enfant.

Votre congé de paternité peut être fractionné en semaines si votre enfant est hospitalisé ou que vous vous absentez pour certaines situations visées aux articles [79.1](#) et [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail. Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles votre congé de paternité peut être suspendu équivaut au nombre de semaines que dure l'hospitalisation de votre l'enfant (art. [79.1](#) de la Loi sur les normes du travail). Pour les autres possibilités de fractionnement, le nombre maximal de semaines de suspension est celui prévu pour chaque situation (art. [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail).

Vous avez droit à un congé sans rémunération d'une durée de 2 ans qui suit immédiatement le congé de paternité (code de congé **35**). Toutefois, la durée du congé ne doit pas excéder la **125<sup>e</sup> semaine suivant la naissance de votre enfant**.

## 4.3 Congé pour adoption et congé sans rémunération en vue d'une adoption

Lorsque vous adoptez un enfant autre que celui de votre conjoint ou de votre conjointe, vous avez droit à un congé pour adoption d'une durée maximale de 5 semaines consécutives (code de congé **25**). Ce congé doit se terminer **au plus tard à la fin de la 78<sup>e</sup> semaine** suivant la semaine de l'arrivée de votre enfant à la maison. Si vous n'êtes pas admissible au RQAP, le congé doit débuter après l'arrivée de votre enfant à la maison ou après son arrivée auprès de vous en vue de son adoption.

Votre congé pour adoption peut être fractionné en semaines si votre enfant est hospitalisé ou que vous vous absentez pour certaines situations visées aux articles [79.1](#) et [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail. Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles votre congé pour adoption peut être suspendu équivaut au nombre de semaines que dure l'hospitalisation de votre l'enfant (art. [79.1](#) de la Loi sur les normes du travail). Pour les autres possibilités de fractionnement, le nombre maximal de semaines de suspension est celui prévu pour chaque situation (art. [79.8](#) à [79.12](#) de la Loi sur les normes du travail).

Vous avez droit à un congé sans rémunération d'une durée de 2 ans qui suit immédiatement le congé d'adoption (code de congé **36**). Toutefois, la durée du congé ne doit pas excéder la **125<sup>e</sup> semaine suivant la naissance de votre enfant**.

Pour recevoir l'indemnité du congé pour adoption, vous devez avoir cumulé 20 semaines de service.

Le congé pour adoption peut être pris de façon discontinue, mais ne peut être pris après l'expiration des 15 jours qui suivent le dépôt de la demande d'adoption.

## 4.4 Congé sans rémunération et congé partiel sans rémunération

Si vous travaillez à temps plein et que vous ne vous prévaliez pas du congé sans rémunération de 2 ans (codes de congé **29**, **35** ou **36**), vous pourriez avoir droit à un **congé partiel sans rémunération** établi sur une période maximale de 2 ans. Toutefois, la durée du congé ne doit pas excéder la **125<sup>e</sup> semaine suivant la naissance de votre enfant**.

Vous pouvez modifier votre congé sans rémunération pour un congé partiel sans rémunération et inversement. De plus, vous pouvez modifier votre congé partiel sans rémunération pour un autre type de congé partiel sans rémunération.

Au cours d'un congé sans rémunération accordé en vertu de l'article [A5-1.21 A](#)) (codes de congé **29**, **35** ou **36**), vous conservez votre expérience et continuez de participer au régime d'assurance maladie de base applicable en versant la quote-part de vos primes pour les **65 premières semaines** de votre congé, et la totalité des primes pour les semaines suivantes.

## 4.5 Congés spéciaux

### 4.5.1 Congés pour décès

Vous avez droit à 2 jours de congés additionnels **sans rémunération** lors du décès d'un membre de votre famille (père, mère, frère, sœur, enfants [à l'exception de ceux prévus à l'alinéa [A5-4.01 c\)](#)]), beau-père, belle-mère, bru et gendre (code de congé **90**).

Vous avez droit à 2 jours de congé (code de congé **53**) lors du décès de l'enfant de votre conjoint ou de votre conjointe (à l'exception de celui prévu à l'alinéa [A5-4.01a\)](#)). Ce congé doit être pris de manière continue entre la date du décès et celle des funérailles.

Vous avez droit à un jour de congé (code de congé **05**) rémunéré lors du décès de l'un de vos petits-enfants.

### 4.5.2 Congé pour mariage

Vous avez droit à un jour de congé (code de congé **45**) rémunéré le jour de votre mariage ou union civile.

### 4.5.3 Congé pour responsabilités familiales

Vous avez droit à 2 jours de congé (code de congé **91**) **avec rémunération** et 8 jours de congé (code de congé **92**) **sans rémunération** par année pour remplir des obligations liées à la garde, à la santé ou à l'éducation de votre enfant ou de l'enfant de votre conjoint, ou en raison de l'état de santé de votre conjoint, de votre père, de votre mère, d'un frère, d'une sœur ou de l'un de vos grands-parents. Ce congé peut se fractionner en demi-journées.

### 4.5.4 Congé sans rémunération

Vous pouvez vous absenter de votre travail pour une situation particulière (art. [79.8](#) à [79.15](#) de la Loi sur les normes du travail) (code de congé **93**) en informant votre établissement et en lui fournissant les preuves qui motivent votre absence.

## 4.6 Perfectionnement

Vous avez droit à 10 jours de perfectionnement (codes de congé **09** et **11**) par année. Il peut se dérouler en webdiffusion.

La plateforme de webdiffusion doit confirmer et délivrer une attestation de présence qui indique :

- le nom de l'organisme de formation en ligne;
- le nom du conférencier et son titre;
- la date de l'activité;
- la durée de l'activité.

## 4.7 Régimes d'assurance

La contribution de la RAMQ aux régimes d'assurance complémentaire obligatoire pour une année civile est augmentée. Elle passe de **1,95 %** à **3 %** de votre traitement, moins le coût réel de la rente du survivant.

# 5 Mesures incitatives

## 5.1 Frais de sortie

Nous vous rembourserons les frais de transport et ceux pour l'utilisation de votre véhicule personnel au double du taux prévu dans la [directive du Conseil du Trésor](#) concernant les frais de voyage. Dans les cas des frais d'utilisation de votre véhicule personnel, le déplacement est calculé sur la base d'une distance unidirectionnelle. Ce remboursement est effectué sur présentation des pièces justificatives et selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un moyen de transport en commun ou pour la location d'une voiture.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, le taux est de 1,28 \$ par kilomètre.

## 5.2 Frais de ressourcement

Vous pouvez bénéficier de la formation continue se déroulant en webdiffusion, en direct ou en différé. La plateforme de webdiffusion doit confirmer et délivrer une attestation de présence qui indique :

- le nom de l'organisme de formation en ligne;
- le nom du conférencier et son titre;
- la date de l'activité;
- la durée de l'activité (en heures).

## 6 Montants forfaitaires pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2025

Pour la période du **1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2025**, vous recevrez des montants forfaitaires correspondant à l'augmentation rétroactive de vos honoraires. Ceux-ci seront versés dans votre compte de finances personnelles.

Vous recevrez un montant forfaitaire pour la période du **1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2024** pour les services que vous avez facturés au cours de cette période, selon le mode de l'acte, du tarif horaire, y compris celui qualifié hors échelle, et des honoraires fixes. Le montant inclut également une rétroactivité sur la prime d'attraction et de rétention et les frais de déplacement dont vous avez bénéficié au cours de la période.

Le montant vous sera versé sur l'état de compte du :

- 1<sup>er</sup> août 2025 pour la rémunération à l'acte et à tarif horaire;
- 8 août 2025 pour la rémunération à honoraires fixes.

Nous vous transmettrons un état de compte qui décrira le montant versé correspondant à l'écart entre vos honoraires versés et ceux auxquels vous avez droit, selon l'année budgétaire au cours de laquelle vous avez rendu les services.

Le libellé paraissant sur l'état de compte sera *Forfaitaire entente 2020-2028*.

Au cours des prochaines semaines, nous vous transmettrons dans votre messagerie sécurisée le détail du versement associé à votre rémunération à l'acte, selon le lieu de dispensation indiqué lors de votre facturation.

De plus, vous recevrez un montant forfaitaire pour la période du **1<sup>er</sup> avril 2024 au 31 mars 2025**. Nous vous informerons dans une prochaine infolettre des modalités entourant le versement de ce montant forfaitaire.

## 7 Réévaluation et révision des taux applicables au 1<sup>er</sup> avril 2025

Pour les augmentations qui s'appliquent au **1<sup>er</sup> avril 2025**, les services rendus déjà facturés à compter de cette date seront réévalués. Ils seront versés dans le compte correspondant à la facturation initiale.

Ils paraîtront sur les états de compte suivants :

- 1<sup>er</sup> août 2025 et les suivants pour la rémunération à l'acte;
- 15 août 2025 pour la rémunération à tarif horaire, y compris celui qualifié hors échelle;
- 11 juillet 2025 pour la rémunération à honoraires fixes.

## 8 Abolition de la Lettre d'entente n° 24

Les modalités de la *Lettre d'entente n° 24* sont abolies. Par conséquent, l'examen d'urgence rendu à distance ne peut plus être fourni par voie de télécommunication par l'optométriste. Les codes d'activité **XXX340** et **XXX341** de même que les éléments de contexte suivants sont abolis :

- *Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19;*
- *Téléconsultation par voie téléphonique;*
- *Téléconsultation par visioconférence.*

## 9 Tarif d'honoraires

Pour les détails des changements tarifaires, consultez votre [entente](#).

### 9.1 Téléoptométrie

Vous pouvez utiliser la téléoptométrie pour rendre des services à une personne assurée selon les [directives](#) de votre ordre.

À compter du 13 juin 2025, utilisez l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la téléoptométrie** et indiquez comme lieu de dispensation du ou des services le numéro de la clinique où se situe le patient.

### 9.2 Examens optométriques

#### 9.2.1 Examen oculovisuel général, interrompu et oculovisuel partiel

Le libellé des examens suivants est modifié.

| Code de facturation | Nouveau libellé            | Ancien libellé    |
|---------------------|----------------------------|-------------------|
| 9001                | Examen oculovisuel général | Examen complet    |
| 9002                | Examen interrompu          | Examen partiel    |
| 9004                | Examen oculovisuel partiel | Examen subséquent |

Ces 3 examens incluent désormais la tonométrie et la biomicroscopie lorsque requises. Ainsi, le supplément pour tonométrie et/ou biomicroscopie (code de facturation **9024**) est aboli au **1<sup>er</sup> avril 2025**.

#### 9.2.2 Examen de contrôle en orthoptique

L'examen de contrôle en orthoptique (code de facturation **9003**) sera désormais couvert pour les personnes de **moins de 18 ans** au lieu de 16 ans ou moins.

Ce changement requiert une modification au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Nous vous informerons de la date d'entrée en vigueur dès qu'elle sera connue. D'ici là, cet examen demeure couvert pour les personnes assurées de 16 ans ou moins.

#### 9.2.3 Examen d'urgence

L'examen d'urgence (code de facturation **9019**) inclut maintenant la tonométrie et la biomicroscopie lorsque requises. Ainsi, le supplément pour tonométrie et/ou biomicroscopie (code de facturation **9024**) est aboli au **1<sup>er</sup> avril 2025**.

De plus, la référence à un médecin est désormais exclue de l'examen d'urgence. Lorsqu'une référence est requise, vous pouvez facturer la référence à un autre professionnel de la santé (voir la section 9.6.1 de la présente infolettre).

#### 9.2.4 Examen de suivi postopératoire

Une modification est apportée au libellé *Examen subséquent qui consiste à apprécier l'évolution de l'état de la lésion d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi postopératoire de la chirurgie de la cataracte* demandé par un ophtalmologiste. Il devient *Examen de suivi postopératoire* (code de facturation **9022**). Il peut être facturé pour apprécier l'évolution de la guérison d'une personne assurée, pour laquelle un ophtalmologiste a demandé un suivi postopératoire d'une chirurgie oculaire rendue dans le cadre du régime public d'assurance maladie. Il inclut maintenant la tonométrie et la biomicroscopie lorsque requises. Ainsi, le supplément pour tonométrie et/ou biomicroscopie (code de facturation **9024**) est aboli au **1<sup>er</sup> avril 2025**.

Auparavant, vous ne pouviez pas facturer cet examen plus de 3 fois durant la période de 45 jours suivant la chirurgie. Cette limite est désormais abolie, et cet examen ne peut maintenant pas être facturé au-delà de 60 jours suivant la date de la chirurgie. Inscrivez la date de la chirurgie dans le champ *Date de la chirurgie de la cataracte*, même s'il ne s'agit pas nécessairement d'une telle chirurgie.

### 9.3 Actes diagnostiques

#### 9.3.1 Étude extensive de la vision des couleurs

Lorsque vous facturez une étude extensive de la vision des couleurs (code de facturation 9005), vous devez indiquer le diagnostic sur la demande de paiement. Vous devez conserver l'imprimé ou le résultat du test ainsi que le diagnostic dans le dossier de la personne assurée.

#### 9.3.2 Étude des champs visuels

Le libellé des études suivantes est modifié.

| Code de facturation | Nouveau libellé                                  | Ancien libellé                                    |
|---------------------|--|---|
| 9006                | Étude du champ visuel central                    | Examen du champ visuel central                    |
| 9007                | Étude du champ visuel périphérique               | Examen du champ visuel périphérique               |
| 9013                | Étude des champs visuels central et périphérique | Examen des champs visuels central et périphérique |

#### 9.3.3 Étude détaillée du système oculomoteur

Le libellé de l'étude suivante est modifié.

| Code de facturation | Nouveau libellé                        | Ancien libellé                |
|---------------------|--|-------------------------------|
| 9008                | Étude détaillée du système oculomoteur | Étude de la motilité oculaire |

Lorsque l'étude des trois degrés de fusion ne peut pas être réalisée en raison de l'âge ou de la condition du patient, vous devez documenter les raisons au dossier du patient. De plus, vous n'avez plus à inscrire le diagnostic lors de la facturation de ce service.

La règle d'application 1.08 est aussi abolie. Ainsi, dans les cas d'hétérophorie, vous n'avez plus à indiquer de diagnostic pour préciser la nature du problème détecté lors de l'examen de la vision.

Vous pouvez facturer ce service sans indiquer un diagnostic à compter du **10 juillet 2025**, et ce, rétroactivement au **13 juin 2025**.

### 9.4 Examens spécifiques

#### 9.4.1 Changements de libellés

Le libellé des services suivants est modifié.

| Code de facturation | Nouveau libellé  | Ancien libellé                            |
|---------------------|--|---|
| 9012                | Examen spécifique de lentilles cornéennes ou sclérales | Examen spécifique de lentilles de contact |

| Code de facturation | Nouveau libellé  | Ancien libellé   |
|---------------------|--|--|
| 9018                | Examen de contrôle suite à un examen spécifique de lentilles cornéennes ou sclérales   | Examen subséquent à un examen spécifique de lentilles de contact   |
| 9022                | Examen de suivi postopératoire   | Examen subséquent qui consiste à apprécier l'évolution de l'état de la lésion d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi postopératoire de la chirurgie de la cataracte |
| 9015                | Frais de déplacement relié à une visite à domicile<br>De huit kilomètres et plus (distance dans un sens seulement), le kilomètre | Frais de déplacement relié à une visite à domicile<br>De huit à soixante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre  |

#### 9.4.2 Examen spécifique de lentilles cornéennes ou sclérales

Vous pouvez facturer l'examen spécifique de lentilles cornéennes ou sclérales (code de facturation **9012**) à la suite d'un examen oculovisuel effectué par un optométriste ou **un ophtalmologiste** auquel une personne assurée a été soumise. Le diagnostic doit justifier un ajustement en lentilles cornéennes ou en lentilles sclérales dans les cas suivants :

- lentille thérapeutique ou prosthétique, peu importe la meilleure acuité visuelle corrigée par des lunettes dans les conditions suivantes :
  - colobome de l'iris causant de la photophobie,
  - albinisme,
  - aniridie partielle ou totale, congénitale ou secondaire à un traumatisme, causant de la photophobie,
  - polycorie;
- lentilles cornéennes ou sclérales, seulement si la meilleure acuité visuelle corrigée en lunettes n'atteint pas 6/12 pour au moins un des 2 yeux dans les conditions suivantes :
  - cornée irrégulière, comme dans les cas de kératocône ou autre déformation significative de la cornée, documentée au dossier ou à la suite de la référence d'un ophtalmologiste,
  - aphakie (absence de cristallin ou absence de lentilles intraoculaires),
  - antimétrie ou anisométrie d'au moins 2 dioptries (dans le méridien ayant la réfraction la plus élevée) de différence entre les 2 yeux,
  - myopie d'au moins 5 dioptries dans un œil,
  - hypermétropie d'au moins 5 dioptries dans un œil,
  - astigmatisme régulier d'au moins 3 dioptries de différence entre les 2 méridiens principaux.

#### 9.4.3 Examen spécifique d'orthoptique

L'examen spécifique d'orthoptique (code de facturation **9030**) sera assuré pour les personnes de **moins de 18 ans** au lieu de 16 ans ou moins. Ce changement requiert une modification au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. La date d'entrée en vigueur vous sera transmise dès qu'elle sera connue. D'ici là, cet examen demeure uniquement couvert pour les personnes assurées de 16 ans ou moins.

#### 9.4.4 Examen sous dilatation du segment postérieur

L'examen sous dilatation du segment postérieur sera couvert pour une personne assurée en fonction des recommandations suggérées dans les lignes directrices du [Guide d'exercice clinique](#) de votre ordre. Ce changement requiert une modification au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. La date d'entrée en vigueur vous sera transmise dès qu'elle sera connue.

D'ici là, cet examen demeure uniquement couvert pour les personnes assurées ayant un diagnostic connu de diabète et traitées au moyen d'une médication ainsi que pour les personnes assurées présentant une myopie de 5 dioptries ou plus.

De plus, la référence à un médecin est désormais exclue de l'examen sous dilatation du segment postérieur. Lorsqu'une référence est requise, vous pouvez facturer la référence à un autre professionnel de la santé (voir la section 9.6.1 de la présente infolettre).

L'élément de contexte **Examen non relié à celui sous dilatation du segment postérieur** est aboli rétroactivement au **13 juin 2025**. De même, la limitation d'un examen par année civile ne s'applique plus à compter de cette date.

#### 9.4.5 Frais pour déplacement relié à la visite à domicile

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, le taux est de **1,28 \$** par kilomètre.

### 9.5 Suppléments

#### 9.5.1 Supplément à l'examen oculovisuel général

Le libellé du supplément à l'examen complet (75 ou plus) est modifié. Il devient *Supplément à l'examen oculovisuel général lié à l'âge (moins de 4 ans et 75 ans ou plus)* (code de facturation **9021**). Ainsi, ce supplément devient payable pour une personne assurée de moins de 4 ans.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours** à compter du **10 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

#### 9.5.2 Supplément à l'examen oculovisuel général lié à une condition de santé

Vous pouvez facturer le supplément à l'examen oculovisuel général lié à une condition de santé (code de facturation **9031**) lorsque vous effectuez un examen oculovisuel général auprès d'une personne assurée et que cette personne a une condition de santé particulière qui rend l'examen devient plus complexe, soit :

- une personne assurée de moins de 18 ans ayant un trouble grave du comportement, une déficience physique ou intellectuelle sévère ou un trouble du spectre de l'autisme;
- une personne assurée de 65 ans et plus ou détenant un carnet de réclamation valide ayant une déficience physique ou intellectuelle sévère ou un trouble du spectre de l'autisme;
- une personne assurée :
  - ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension,
  - atteinte de surdité (déficience auditive sévère lorsque la communication avec la personne assurée se fait de façon gestuelle ou par écrit et nécessite la présence d'un accompagnateur)
  - atteinte d'alzheimer ou de démence sénile ou vasculaire,
  - résidant en CHSLD,
  - atteinte de Parkinson avec séquelles permanentes motrices ou psychomotrices,
  - atteinte de sclérose en plaques avec séquelles permanentes motrices ou intellectuelles,
  - atteinte de paralysie cérébrale,
  - paraplégique.

Vous pouvez vous prévaloir de ce supplément une fois par année civile. Vous devez indiquer le diagnostic ou la situation sur la demande de paiement à l'aide de l'élément de contexte approprié parmi les suivants et dans le dossier de la personne assurée :

- **Service rendu à une personne assurée de moins de 18 ans ayant une des conditions de santé suivantes : trouble grave de comportement, déficience physique sévère, déficience intellectuelle sévère ou trouble du spectre de l'autisme;**

- *Service rendu à une personne assurée de 65 ans et plus et à une personne assurée détenant un carnet de réclamation valide délivré suivant les articles 71 et 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie ayant une des conditions de santé suivantes : déficience physique sévère, déficience intellectuelle sévère ou trouble du spectre de l'autisme;*
- *Service rendu à une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC);*
- *Service rendu à une personne ayant une surdité;*
- *Service rendu à une personne ayant de l'alzheimer ou une démence sénile ou vasculaire;*
- *Service rendu à un résident d'un CHSLD;*
- *Service rendu à une personne ayant la maladie de Parkinson avec séquelles permanentes motrices ou psychomotrices;*
- *Service rendu à une personne ayant une paralysie cérébrale;*
- *Service rendu à une personne ayant une paraplégie.*

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours**   compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### **9.5.3 Supplément à l'examen partiel lié à l'âge**

Vous pouvez facturer un supplément (code de facturation **9032**) lorsque vous effectuez un examen partiel à une personne assurée de moins de 4 ans ou de 75 ans et plus.

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours**   compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### **9.5.4 Supplément à l'examen partiel lié à une condition de santé**

Vous pouvez facturer le supplément à l'examen partiel lié à une condition de santé (code de facturation **9033**) si vous effectuez un examen partiel auprès d'une personne assurée et que cette personne a une condition de santé particulière qui rend l'examen devient plus complexe, soit :

- une personne assurée de moins de 18 ans ayant un trouble grave du comportement, une déficience physique ou intellectuelle sévère ou un trouble du spectre de l'autisme;
- une personne assurée de 65 ans et plus ou détenant un carnet de réclamation valide ayant une déficience physique ou intellectuelle sévère ou un trouble du spectre de l'autisme;
- une personne assurée :
  - ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension,
  - atteinte de surdité (déficience auditive sévère lorsque la communication avec la personne assurée se fait de façon gestuelle ou par écrit et nécessite la présence d'un accompagnateur),
  - atteinte d'alzheimer ou de démence sénile ou vasculaire,
  - résident en CHSLD,
  - atteinte de Parkinson avec séquelles permanentes motrices psychomotrices,
  - atteinte de sclérose en plaques avec séquelles permanentes motrices ou intellectuelles,
  - atteinte de paralysie cérébrale,
  - paraplégique.

Vous devez indiquer le diagnostic ou la situation sur la demande de paiement à l'aide de l'élément de contexte approprié parmi les suivants et dans le dossier de la personne assurée :

- *Service rendu à une personne assurée de moins de 18 ans ayant une des conditions de santé suivantes : trouble grave de comportement, déficience physique sévère, déficience intellectuelle sévère ou trouble du spectre de l'autisme;*

- *Service rendu à une personne assurée de 65 ans et plus et à une personne assurée détenant un carnet de réclamation valide délivré suivant les articles 71 et 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie ayant une des conditions de santé suivantes : déficience physique sévère, déficience intellectuelle sévère ou trouble du spectre de l'autisme;*
- *Service rendu à une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC);*
- *Service rendu à une personne ayant une surdité;*
- *Service rendu à une personne ayant de l'alzheimer ou une démence sénile ou vasculaire;*
- *Service rendu à un résident d'un CHSLD;*
- *Service rendu à une personne ayant la maladie de Parkinson avec séquelles permanentes motrices ou psychomotrices;*
- *Service rendu à une personne ayant une paralysie cérébrale;*
- *Service rendu à une personne ayant une paraplégie.*

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours**   compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### 9.5.5 Supplément pour examen sous cycloplégie

Vous pouvez facturer le supplément pour examen sous cycloplégie (code de facturation **9034**) lorsque vous effectuez un examen optométrique ou spécifique et qu'à la même séance, vous effectuez la mesure et l'analyse de l'état de la réfraction objective et subjective, si applicable, sous cycloplégie. Vous pouvez vous prévaloir de ce supplément selon les lignes directrices du [Guide d'exercice clinique](#) de votre ordre.

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **13 juin 2025**. Vous avez **90 jours**   compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### 9.5.6 Supplément pour utilisation de la stratégie de test avec seuils de sensibilité

Le supplément pour utilisation de la stratégie de test avec seuils de sensibilité (code de facturation **9035**) s'ajoute à l'étude du champ visuel de chacun des 2 yeux, lorsque possible. Vous pouvez facturer ce supplément à la même séance que l'étude du champ visuel central (code de facturation **9006**) ou du champ visuel périphérique (code de facturation **9007**). Toutefois, il ne peut pas être facturé avec l'étude des champs visuels central et périphérique (code de facturation **9013**).

Vous pouvez vous prévaloir de ce supplément pour les patients assurés pour lesquels une étude des seuils de sensibilité de la rétine est pertinente selon les lignes directrices du [Guide d'exercice clinique](#) de votre ordre.

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours**   compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

## 9.6 Communication avec un autre professionnel ou la personne assurée

### 9.6.1 Référence à un autre professionnel de la santé

Vous pouvez vous prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque, à la suite d'un examen optométrique ou spécifique, vous dirigez une personne assurée vers un professionnel de la santé (médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien) travaillant dans un autre lieu ou vers une infirmière praticienne spécialisée (code de facturation **9036**). Vous devez justifier le motif de cette référence et déposer la référence au dossier de la personne assurée.

De plus, vous pouvez vous prévaloir de ce montant forfaitaire lorsque vous dirigez une personne âgée de 18 à 64 ans à la suite d'un examen d'urgence vers un autre professionnel de la santé (médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien).

Cette référence devra être effectuée dans les 12 mois suivant l'examen optométrique ou spécifique.

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours** à compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### 9.6.2 Rédaction d'un rapport à un autre professionnel de la santé

Vous pouvez vous prévaloir d'un montant forfaitaire pour la rédaction d'un rapport à la suite d'un examen optométrique ou spécifique mené à la demande verbale ou écrite d'un autre professionnel de la santé (médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien) ou d'une infirmière praticienne spécialisée (code de facturation **9037**). Vous devez consigner ce rapport au dossier de la personne assurée.

Ce rapport devra être rédigé dans les 12 mois suivant l'examen optométrique ou spécifique.

Vous ne pouvez pas facturer le montant forfaitaire pour la rédaction d'un rapport à un optométriste ou à un ophtalmologiste du même endroit.

Inscrivez le numéro du professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

Ce supplément entre en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> avril 2025**. Vous avez **90 jours** à compter du **4 juillet 2025** pour vous prévaloir de celui-ci rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

### 9.6.3 Suivi effectué à distance à la personne assurée

Si vous avez effectué un examen optométrique ou spécifique auprès d'une personne assurée et que vous communiquez avec elle ou avec son représentant, par téléphone ou par une application numérique, pour assurer le suivi de sa condition, vous avez droit à un montant forfaitaire. Vous pouvez vous prévaloir de ce montant forfaitaire une fois par année civile par personne assurée. Les données cliniques et la date de la communication doivent être déposées au dossier de la personne assurée.

Ce changement requiert une modification au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. La date d'entrée en vigueur vous sera transmise dès qu'elle sera connue. Nous vous en informerons dans une prochaine infolettre.

## 9.7 Abolitions

Les services suivants sont abolis :

- Examen subséquent (code de facturation **9014**);
- Examen subséquent à un examen spécifique de lentilles de contact (code de facturation **9017**);
- Adaptométrie (code de facturation **9009**);
- Frais de déplacement relié à une visite à domicile au-delà de 60 km (code de facturation **9016**).