

### 3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

#### DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire 1500*) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (*formulaire 2058*)

##### 3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les optométristes rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement – Optométriste (acte)* (1500) et le formulaire *Demande de remboursement de la personne assurée* (2058).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux qui sont exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

**- Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

- Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules.
- Toute erreur ou omission (date, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1500)

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMETRISTE 1500 08/03

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		1
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		
DATE DE NAISSANCE	ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE	ANNÉE   MOIS   JOUR   EXPIRATION
ADRESSE		CODE POSTAL
INIT.	NOM DE L'OPTOMETRISTE	NUMÉRO   GROUPE
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DE DIAGNOSTIC
SPÉCIMEN		
ÉTABLISSEMENT		

**Régie de l'assurance maladie Québec**

**EXEMPLAIRE DE L'OPTOMETRISTE**

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE   MOIS   JOUR		
4	9 0	
	9 0	
	9 0	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE	9 0	
	<b>TOTAL</b>	

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

6

SIGNATURE DE L'OPTOMETRISTE OU DE SON MANDATAIRE

La demande de paiement comporte six sections :

1. Identité de la personne assurée
2. Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés
3. Diagnostic et renseignements complémentaires
4. Date des services, inscription des codes d'acte, des honoraires et C.S.
5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus
6. Signature de l'optométriste ayant fourni les services assurés ou de son mandataire.

La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il figure dans toute correspondance relative à cette dernière.

## 3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

## 3.2.1 Identité de la personne assurée

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 08/05	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE <b>VOIR 79032318</b>		Regie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE							
	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE <b>Robert Voiselle</b>											
	NOM DE L'ÉPOUX ÉTOU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		201003		DATE DES SERVICES ANNÉE   MOIS   JOUR			ACTE		HONORAIRES		
	DATE DE NAISSANCE ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		EXPIRATION ANNÉE   MOIS					9 0				
	ADRESSE <b>100, rue Fictive, Québec</b>		CODE POSTAL <b>G 1 R 1 K 4</b>		9 0				9 0			
	INT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE		NUMÉRO		9 0				9 0			
GROUPE		CODE DE DIAGNOSTIC		CONSIDÉRATION SPÉCIALE		TOTAL						
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES <b>SPÉCIMEN</b>				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.								
ÉTABLISSEMENT				SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE								

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie :  
(pour la description de la carte d'assurance maladie, voir 2.2 de l'onglet Personnes assurées)

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée (alphanumérique à 12 caractères);
- le prénom usuel et le nom de famille à la naissance;
- le nom de l'époux (cette donnée est facultative);
- le numéro séquentiel de la carte
- la date d'expiration de la carte (l'année d'expiration peut comporter 2 ou 4 chiffres);
- la date de naissance et le sexe de la personne assurée;
- l'adresse devant comporter le numéro civique et le nom de la rue (ou de la route rurale, ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

## 3.2.2 Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 04805

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE  
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION

ADRESSE | ANNEE | MOIS | JOUR | CODE POSTAL

INIT | NOM DE L'OPTOMÉTRISTE | NUMÉRO | GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

DATE DES SERVICES | ANNEE | MOIS | JOUR | ACTE | HONORAIRES

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
9 0		
9 0		
9 0		
9 0		
TOTAL		

CONSIDÉRATION SPÉCIALE

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

L'identité de l'optométriste comporte les éléments suivants :

- INIT : l'initiale du prénom usuel;
- NOM DE L'OPTOMÉTRISTE : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie (**7 chiffres**);
- GROUPE : le numéro du compte administratif (individuel ou collectif) composé de **5 chiffres** est attribué par la Régie à des fins administratives pour permettre à un optométriste de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

# L'optométriste qui désire obtenir un numéro de compte administratif individuel ou adhérer à un groupe existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ou en société* (n° 3006). Il ne doit utiliser un numéro de compte administratif (individuel ou collectif) sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification de l'optométriste ne doit comporter aucune erreur.

## 3.2.3 Diagnostic et renseignements complémentaires

0805		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec		EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE									
1500		292													
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DES SERVICES		ACTE									
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE		ANNÉE   MOIS   JOUR		HONORAIRES									
ADRESSE		CODE POSTAL		EXPIRATION		9 0									
INT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE		NUMÉRO		GROUPE		9 0									
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		ÉTABLISSEMENT		CONSIDÉRATION SPÉCIALE		9 0									
SPÉCIMEN		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		TOTAL	
				SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE											

## 3.2.3.1 Diagnostic

Inscrire le ou les diagnostics selon la codification numérique ou la terminologie de la classification internationale des maladies (voir l'onglet *Diagnostics*).

- l'absence de problème visuel identifiable ou de pathologie doit être indiquée ainsi : **V72.0 ou vision normale**.
- s'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code ou le nom du diagnostic dans la case appropriée.
- s'il y a plusieurs diagnostics, les inscrire par ordre d'importance. Le diagnostic identifiant la personne handicapée visuelle, ne détenant pas de carnet de réclamation, est **prioritaire**.

Si l'acte requiert un diagnostic particulier, l'inscrire en premier lieu.

## 3.2.3.2 Renseignements complémentaires

Tout autre renseignement, jugé nécessaire ou utile, doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : n° d'inscription à la Régie (9510XXX) ou le nom du centre reconnu pour les handicapés visuels de 18 à 64 ans, etc.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (1944) : inscrire la lettre « **A** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* et joindre le document à la demande de paiement.

## FRAIS DE DÉPLACEMENT :

- Indiquer dans la partie inférieure droite de la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* sous la case *CODE DE DIAGNOSTIC* le déplacement en kilomètres dans un sens seulement (ex. : XX km). L'adresse du lieu de la visite **ou** le code d'établissement doit être inscrit sur la demande de paiement.
- Lorsqu'une description détaillée du déplacement est requise, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (1944), inscrire la lettre « **A** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* et le joindre à la demande de paiement.

3.2.3.3 Document complémentaire - Considération spéciale (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PaiEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼

⑧

SPÉCIMEN

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 202 1504

#

# Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille de l'optométriste ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : n° d'inscription de l'optométriste;
- 3- **Numéro du groupe** : n° de groupe (compte administratif) assigné par la Régie, s'il y a lieu;


- 4- **Numéro de la demande de paiement** : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros concernés et joindre une copie à chaque demande à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- **Nom de la personne assurée** : prénom au complet et nom de famille à la naissance;
- 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- 7- **Date du service** : date des services rendus;
- 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans le bloc DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par l'optométriste ou son mandataire.

**Remarque** : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement ou demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être annexé.

### 3.2.4 Services

#### 3.2.4.1 Date des services

Inscrire la date des actes (six chiffres), soit l'année, le mois et le jour.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b> 										
DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 0805	PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE			EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE								
	NOM DE L'ÉPOUXÉ/OU MO SÉQUENTIEL DE LA CARTE											
	DATE DE NAISSANCE		ANNÉE   MOIS   JOUR		EXPIRATION							
	ADRESSE		ANNÉE   MOIS   JOUR		CODE POSTAL							
	INT.	NOM DE L'OPTOMÉTRISTE	NUMÉRO		GRUPPE							
	DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DE DIAGNOSTIC							
	SPÉCIMEN											
	ÉTABLISSEMENT											
	DATE DES SERVICES				ACTE	HONORAIRES						
	ANNÉE	MOIS	JOUR									
1	4	0	4	0	1	9	0	0	1	28	55	
						9	0	0	5		10	00
						9	0					
						9	0					
CONSIDÉRATION SPÉCIALE			<b>TOTAL</b>						38		55	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS												
SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE												

#### 3.2.4.2 Inscription des codes d'acte et des honoraires

Si l'optométriste réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**.

**Un maximum de quatre codes d'acte** par demande de paiement peut être inscrit en fournissant pour chacun, les renseignements suivants :

- compléter le code de l'acte, quatre chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- les honoraires correspondant au code d'acte;
- le total des honoraires correspondant à la somme des honoraires figurant dans les cases **HONORAIRES**. Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

**3.2.4.3 Considération spéciale (case C.S.)**

Inscrire la ou les lettres appropriées dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à la section **3.2.4.7** sous le présent onglet sont rencontrées. Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **A** » (considération spéciale) doivent être fournis dans la section *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*; si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (1944) (voir section **3.2.3.3**).

- Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section **7.5.4** ou **7.6** sous l'onglet *Païement à l'acte et messages explicatifs*.
- Pour les services rendus à une personne handicapée visuelle, voir section **3.2.4.4**.
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- Toujours inscrire le montant demandé dans la case *HONORAIRES* en regard de chaque acte visé par la demande de considération spéciale.



## 3.2.4.4 Services rendus à une personne handicapée visuelle

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 252 0805

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM  
À LA NAISSANCE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO  
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INSTR. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

DATE DES SERVICES

ANNÉE	MOIS	JOUR	ACTE	HONORAIRES
1	4	0	9	28,55
0	4	0	0	
0	1	0	9	
0	1	0	9	
0	1	0	9	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE			TOTAL	28,55

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Pour une personne handicapée visuelle âgée de **18 ans à 64 ans** inclusivement, **qui ne détient pas de carnet de réclamation** et qui est **inscrite dans un centre de réadaptation reconnu**, pour les personnes ayant une déficience visuelle à la date où ces services ont été rendus, la demande de paiement doit être rédigée comme suit :

- Inscrire le ou les **diagnostics** selon la codification **numérique**, dans les cases appropriées. S'il y a plusieurs diagnostics, les inscrire par ordre d'importance. Le diagnostic identifiant la personne handicapée visuelle est **prioritaire**.
- Inscrire la lettre « **V** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE*.
- Si l'examen complet (9001) est effectué dans un **cabinet d'optométrie**, inscrire dans la case *ÉTABLISSEMENT*, le numéro de cabinet à **cinq chiffres** attribué par la Régie.

3.2.4.5 Services rendus à des séances différentes le même jour

1<sup>er</sup> exemple de demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 08/05

Régie de l'assurance maladie Québec

**EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE**

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE			
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION	
ADRESSE		CODE POSTAL	
INIT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE		GROUPE	
NUMÉRO			
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DE DIAGNOSTIC	
<b>SPÉCIMEN</b>			
ÉTABLISSEMENT			

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE	MOIS	JOUR
1   4   0   4	9   0   0   4	13;50
	9   0   0   1	28;55
	9   0	;
	9   0	;
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		TOTAL
L		42,05

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Lorsque plusieurs services sont rendus à des **séances** différentes le même jour, la demande de paiement doit être rédigée comme suit :

- inscrire les codes d'acte dans la case identifiée **ACTE**;
- inscrire la lettre « **L** » dans la case **C.S.** (CONSIDÉRATION SPÉCIALE).

3.2.4.6 Services n'ayant aucune relation entre eux

2<sup>e</sup> exemple de demande de paiement

Régie de l'assurance maladie Québec

**EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE**

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | ANNÉE | MOIS | EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

INT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

**SPÉCIMEN**

ÉTABLISSEMENT

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE   MOIS   JOUR		
0   9   0   5   0   1	9   0   0   4	13   50
	9   0   3   0	46   00
	9   0	
	9   0	
<b>TOTAL</b>		<b>59   50</b>

CONSIDÉRATION SPÉCIALE R

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Lorsque le service codé 9004, 9014 ou 9024 est facturé avec le service codé 9030 et qu'il n'y a aucune relation, la demande de paiement doit être rédigée comme suit :

- inscrire les codes d'acte appropriés 9004, 9014 ou 9024 **et 9030** dans la case identifiée **ACTE**;
- inscrire la lettre « R » dans la case **C.S. (CONSIDÉRATION SPÉCIALE)** s'il n'y a pas de relation entre les codes d'acte.

**3.2.4.7 Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification**

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,  
- ou admise dans un centre d'accueil, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés (si le service est rendu au cabinet d'optométrie, inscrire le numéro de l'établissement où la personne est admise dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*),  
- ou âgée de 14 ans ou plus mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.
- L :** Indicateur précisant que les services sont rendus à des séances différentes le même jour.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle d'application 1.03 sous l'onglet *Tarif d'honoraires*).  
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- R :** Indicateur précisant qu'il n'y a aucune relation entre les codes d'acte 9004, 9014 ou 9024 et 9030.
- V :** Personne handicapée visuelle tel que défini à l'article 2 du Règlement sur les aides assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, R.R.Q. c.A-29, r.0.02.1.  
Non applicable à la personne handicapée visuelle détenant un carnet de réclamation.

Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **V** » devient la **plus prioritaire** et la lettre « **A** » la **moins prioritaire**. Inscrivez la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

3.2.5 Établissement

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 53Z 08/05

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION | ZONE | MOIS | JOURS

ADRESSE | CODE POSTAL

INT | NOM DE L'OPTOMÉTRISTE | NUMÉRO | GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

**SPÉCIMEN**

ÉTABLISSEMENT  
 5 | 2 | 1 | 2 | 5

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DATE DES SERVICES ANNÉE   MOIS   JOUR	ACTE	HONORAIRES
	9   0	
	9   0	
	9   0	
	9   0	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		
	TOTAL	

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Selon le lieu où les services facturés ont été rendus, inscrire le **numéro du cabinet** d'optométrie attribué par la Régie (voir 3.2.5.1).

3.2.5.1 Numéro du cabinet d'optométrie

Le numéro de cabinet d'optométrie comprend cinq chiffres et le préfixe est 5.

EXEMPLE : Cabinet d'optométrie : 52XXX, 53XXX

Inscrire dans la case *ÉTABLISSEMENT*, le **numéro du cabinet** d'optométrie attribué par la Régie (5 chiffres).

Pour obtenir ce numéro, remplir le formulaire *Renseignements sur le cabinet d'optométrie* (3356).

**Un seul formulaire doit être retourné à la Régie pour l'ensemble des optométristes exerçant leur profession au même endroit.** La Régie considère un même endroit comme étant un même lieu physique où sont dispensés des services optométriques.

## 3.2.6 Signature de l'optométriste ou de son mandataire

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 08/05 292

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | ANNEE | MOIS | JOUR | EXPIRATION

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
RANGÉ	MOIS	JOUR
	9 0	
	9 0	
	9 0	
	9 0	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		
TOTAL		

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

*R. Hntel*

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

La demande de paiement doit être signée par l'optométriste qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec l'article 10, paragraphe 1 du Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. L'optométriste peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

**Les estampes, l'écriture en lettres détachées ainsi que les initiales ne sont pas acceptées.**

## 3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires de l'optométriste et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cette fin ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement, **les copies destinées à la Régie** et les envoyer pas plus d'une fois par semaine, mais au moins une fois par mois.

**Toujours vous assurer que les envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche.** Seules les demandes de paiement avec ou sans document complémentaire doivent être adressées à :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Case postale 500  
 Québec (Québec) G1K 7B4

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE  
(formulaire 2058)

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

0000 ■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE    ANNÉE    MOIS    JOUR    SEXE    EXPIRATION

ADRESSE

APT.    NOM DE L'OPTOMÉTRISTE    NUMÉRO    GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

CODE DE DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE    MOIS    JOUR		
9   0		
9   0		
9   0		
9   0		
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		
TOTAL		

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

**Directives pour la personne assurée**

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré.

- Vérifiez que l'optométriste a bien signé la partie du haut et qu'il a libellément inscrit les renseignements requis.
- Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par l'optométriste.

\* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

**Situation à l'origine de la demande**

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- **Vous carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- **Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- **Vous carte d'assurance maladie est expirée :**
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Inscrivez votre numéro d'assurance maladie, obtenu au téléphone, sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- **Vous carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :**

**Note** - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

**Adresse résidentielle permanente de la personne assurée**

NOM

PRÉNOM

NUMÉRO    RUE

APP.    VILLE

PROVINCE    Québec    CODE POSTAL

**Adresse pour l'envoi du chèque**

MÊME     PERSONNE RESPONSABLE     INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE

NUMÉRO    RUE

APP.    VILLE

PROVINCE    CODE POSTAL

**Signature de la personne assurée**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites : MÈRE    PÈRE    AUTRE :

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

DATE    ANNÉE    MOIS    JOUR

TELEPHONE AU DOMICILE IND. REGIONAL

TELEPHONE AU TRAVAIL IND. REGIONAL

2058    292    05/05

- Faire payer à la personne assurée les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au Manuel des optométristes publié par la Régie (onglet 10. *Tarif d'honoraires*);
- Remplir la partie du haut selon les indications mentionnées au guide de rédaction du formulaire 2058.

- Conserver votre copie pour fin de conciliation avec l'état de compte et pour répondre aux demandes de renseignements de la Régie, s'il y a lieu.
- Lorsque des renseignements additionnels sont requis, l'optométriste doit répondre dans un délai de 30 jours, à défaut de quoi, la Régie remboursera la personne assurée selon les informations fournies sur la demande de paiement. Un avis sera envoyé à la personne assurée l'informant que des renseignements additionnels vous ont été demandés.