

## 4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

### DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire 1216*)

#### 4.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement **d'honoraires fixes**, la *Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat* (1216) à la section *Formulaires* de son site Web.

L'optométriste peut remplir et imprimer le formulaire en cliquant sur le lien disponible.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux 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.**

Si vous désirez l'imprimer et le remplir de forme manuscrite, il vous est demandé de le faire en lettres détachées majuscules.

#### **Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.**

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 1<sup>er</sup> décembre 20AA s'écrit AA.12.01.

Lors de l'impression du formulaire 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.

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1216)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTÉRIEUR (1)

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de l'assurance maladie Québec

PROFESSIONNEL  
PRÉNOM (2) NOM N° DU PROFESSIONNEL C.S. (10) NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES (12)

ÉTABLISSEMENT  
NOM (3) NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DEBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR (4) SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR

QUANTIÈME (5)	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ (6)	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS			
	PLAGE HORAIRE (cocher)	REF.	CODE	DURÉE (JOURS)												
	NUIT	AM	PM	SOR									REF.	CODE	DURÉE (JOURS)	
					1				2				40		7	
					3				4				41			
					5				6				42			
					7				8				43			
					9				10				44			
					11				12				45			
					13				14				46			
					15				16				47			
					17				18				48			
					19				20				49			
					21				22				50			
					23				24				51			
					25				26				52			
					27				28				53			
					29				30				54			

HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES (9)

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES (8)

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

REMBSE DE TEMPS (CODE 80) 70 QUANTIÈME HEURES 71 QUANTIÈME HEURES 72 QUANTIÈME HEURES 73 QUANTIÈME HEURES 74 QUANTIÈME HEURES TOTAL DES HEURES DE REMBSE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (11)

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE  
DATE DE DEBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ (13) DURÉE (JOURS) STATUT DE LA RESSE

JURÉ OU TÉMOIN  
MONTANT (14) \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE  
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR (16)

ASSURANCE-INVALIDITÉ  
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. ANNÉE MOIS JOUR (15) \$ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
LA PERSONNE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT (17)

SPÉCIMEN

#

1216 292 16/07

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

La demande de paiement comporte 17 parties :

1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres.
2. Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés.
3. Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés.
4. Période de facturation.
5. Quantième.
6. Indication des activités et des heures effectuées.
7. Indication des congés.
8. Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée.
9. Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps.
10. C.S. (Considération spéciale).
11. Renseignements complémentaires.
12. Nombre de documents annexés.
13. Congés pour période continue et prolongée.
14. Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin.
15. Montant d'assurance invalidité reçu.
16. Signature du professionnel ou du mandataire.
17. Attestation de l'établissement.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (Parties 1 à 4)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> HONORAIRES FIXES ET SALARIAT				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>									
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 3 8 9 9 9 4		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES							
ÉTABLISSEMENT Nom Institut de réadaptation en déficience physique de Québec				NUMÉRO 1 0 1 1 3		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 1 6		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 2 2							
QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS PLAGE HORRAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS		
	MAT	AM	PM	SOIR									REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
					1				2				40		
					3				4				41		
					5				6				42		
					7				8				43		
					9				10				44		
					11				12				45		
					13				14				46		
					15				16				47		
					17				18				48		
					19				20				49		
					21				22				50		
					23				24				51		
					25				26				52		
					27				28				53		
					29				30				54		
HEURES SUPPLÉMENTAIRES				TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				TOTAL DES JOURS DE CONGÉS							
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :											
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTIÈME	HEURES	71	QUANTIÈME	HEURES	72	QUANTIÈME	HEURES	73	QUANTIÈME	HEURES	74	TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE															
80	DATE DE DÉBUT	ANNÉE	MOIS	JOUR	DATE DE FIN	ANNÉE	MOIS	JOUR	CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	MONTANT		MONTANT		
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE										ANNÉE		MOIS		JOUR	
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT										ANNÉE		MOIS		JOUR	
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT										ANNÉE		MOIS		JOUR	
JURÉ OU TÉMOIN										ANNÉE		MOIS		JOUR	
ASSURANCE-INVALIDITÉ										ANNÉE		MOIS		JOUR	

SPÉCIMEN

#

**Remarque :** Le numéro de contrôle externe à quatre chiffres paraît dans toute correspondance à la demande de paiement visée.

**PARTIE 1****Numéro de contrôle externe à quatre chiffres**

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de quatre chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

**PARTIE 2****Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés**

L'identité de l'optométriste ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (sept chiffres).

**PARTIE 3****Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés**

L'identification de l'établissement pour lequel les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service.

**PARTIE 4****Période de facturation**

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 5 à 7)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRÉNOM

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

C.S.

NOMBRE DE DOCUMENTS  
ANNEXES

ÉTABLISSEMENT  
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE  
S'APPLIQUE À LA  
SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE  
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI  
ANNÉE MOIS JOUR

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS	
	MAT	AM	PM	SOR									REF.	CODE
1,8	X				1	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0,0	2					40
1,8		X			3	0,0,2,0,3,0		0,6,0,0,0	4					41
1,9	X				5	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0,0	6	0,0,2,0,3,2		0,2,0,0,0		42
1,9		X			7	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	8					43
2,0	X				9	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0,0	10	0,0,2,0,3,2		0,2,5,0,0		44
2,0		X			11	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	12					45
2,1	X				13	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	14					46
2,1		X			15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0,0	16					47
2,2					17				18				0,2	1,0,0,0
					19				20					49
					21				22					50
					23				24					51
					25				26					52
					27				28					53
					29				30					54

SPÉCIMEN

HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
ACCUMULATION 60 NOMBRE  
D'HEURES :

TOTAL DES  
HEURES  
TRAVAILLÉES 0 3 6 5 0

TOTAL DES  
JOURS  
DE CONGÉS 1 0 0

REMISE  
DE TEMPS  
(CODE #) 70 QUANTITÉ HEURES 71 QUANTITÉ HEURES 72 QUANTITÉ HEURES 73 QUANTITÉ HEURES 74 QUANTITÉ HEURES

TOTAL DES  
HEURES DE  
REMISE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE  
80 DATE DE DÉSIST ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS)

JURÉ OU TÉMOIN  
MONTANT  
Spécifier la  
rémunération reçue \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE  
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS ANNÉE MOIS JOUR

ASSURANCE-INVALIDITÉ  
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant  
de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas,  
en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la  
CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel il  
contribue l'établissement ou la Régie.  
ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES \$

ATTTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
LA PERSONNE QUI S'ÉCRIT AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS  
CI-DESSUS SONT EXACTS ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET  
EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1216 292 16/07

#

**PARTIE 5**# **Quantième**

Cette partie permet à l'optométriste d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés ou bien la date du jour où un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant deux chiffres.

# **PARTIE 6****Indication des activités et des heures effectuées**

Cette partie qui comporte quinze lignes ou 30 périodes de référence, permet à l'optométriste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

**- Plage horaire**

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été dispensés. La journée indiquée par le quantième se divise en quatre périodes qui sont les suivantes :

Nuit	: de 0 h à 7 h
Avant-midi (A.M.)	: de 7 h à 12 h
Après-midi (P.M.)	: de 12 h à 19 h
Soir	: de 19 h à 24 h

**Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation** d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

**Exceptions :**

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus une heure si cela peut éviter à l'optométriste la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

**Exemple 1**

Heure de début : 7 h  
Plage horaire

Heure de fin : 12 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

Cette facturation sera acceptée si l'optométriste ne travaille pas en après-midi.

**Exemple 2 :** Voir page suivante...

## PARTIE 6 (suite)

## # Exemple 2

Heure de début : 7 h  
 Heure de début : 13 h

Heure de fin : 12 h 30  
 Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		
		X	

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

Vous noterez que la demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraînera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

- **Code d'activité**

Le code d'activité est composé de six chiffres.

L'optométriste indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, veuillez vous référer à la section 4.4 du présent onglet.

- **Secteur de dispensation (secteur disp.)**

Aucune donnée dans cette case.

- **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées de quatre chiffres.

**Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi trois heures et quarante-cinq minutes s'inscrivent 03,75.**

## # PARTIE 7

**Indication des congés**

Indication des congés.

- **Code de congé**

Pour les codes de congé, veuillez vous référer aux AVIS intégrés à l'Annexe V de l'Entente ou au point 4.5 *Description des codes de congé prévus à l'entente*, du présent onglet. Le code de congé doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est réclamé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé réclamé sur cette ligne.



**Remarque 1 :** Utiliser le code de congé « 02 » pour la facturation des vacances annuelles. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 34 : Vacances reportées  
Code 02 : Vacances accumulées  
Code 32 : Vacances anticipées

L'optométriste en sera informé par son état de compte.

**Remarque 2 :** Utiliser le code de congé « 09 » pour facturer les congés de perfectionnement. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 09 : Congé de perfectionnement  
Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

L'optométriste en sera informé par son état de compte.

**Remarque 3 :** Voir la partie 12 lorsque la durée du congé est de plusieurs jours.

#### **Durée du congé**

Les congés doivent être demandés en demi-journée (00.50) ou en journée complète (01.00) peu importe si l'optométriste est à plein temps ou à demi-temps.

À titre d'exemple, un optométriste à demi-temps dont le traitement hebdomadaire a été établi à 17.50 heures par semaine se verra attribuer 3.50 heures pour chaque jour de congé ou 1.75 heure pour chaque demi-journée.

4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 8 et 9)

<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> HONORAIRES FIXES ET SALARIAT										Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>							
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL PRENOM				NOM				N° DU PROFESSIONNEL		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES			
ÉTABLISSEMENT NOM						NUMÉRO						PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE					
						DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR				SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR							
<b>ACTIVITÉS</b>														<b>CONGÉS</b>			
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)			REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE	DURÉE (JOURS)			
1, 8	X			1	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 5, 0, 0	2					40				
1, 8		X		3	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 6, 0, 0	4					41				
1, 9	X			5	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 2, 0, 0	6	0, 0, 2, 0, 3, 2	0, 1	0, 2, 0, 0		42				
1, 9		X		7	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	8					43				
2, 0	X			9	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 2, 0, 0	10	0, 0, 2, 0, 3, 2	0, 1	0, 2, 5, 0		44				
2, 0		X		11	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	12					45				
2, 1	X			13	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	14					46				
2, 1		X		15	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 5, 0, 0	16					47				
2, 2				17				18					48	0, 2 1, 0, 0			
				19				20					49				
				21				22					50				
				23				24					51				
				25				26					52				
				27				28					53				
				29				30					54				
<b>HEURES SUPPLÉMENTAIRES</b>										<b>TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES</b>				<b>TOTAL DES JOURS DE CONGÉS</b>			
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :						0 3 6 5 0		1 0 0					
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		70		QUANTIÈME HEURES		71		QUANTIÈME HEURES		72		QUANTIÈME HEURES		73			
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>																	
<b>CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE</b>																	
80		DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ			DURÉE (JOURS)						
		ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR												
<b>JURÉ OU TÉMOIN</b>																	
										<b>Spécifier la rémunération reçue</b>				MONTANT			
														\$			
<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE</b>																	
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																	
										ANNÉE MOIS JOUR							
<b>ASSURANCE-INVALIDITÉ</b>																	
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la remise de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.																	
										ANNÉE MOIS JOUR				\$			
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT																	
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																	
<b>TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.</b>																	
1216 292 16/07																	

#

SPÉCIMEN

**PARTIE 8**

# **Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée**

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 036.50 heures.

**Total des jours de congé**

La somme des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne *CONGÉS - DURÉE EN JOURS*.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunéré ou non selon le code est de 1.00 jour.

# **PARTIE 9**

**Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps**

Cette partie est divisée en deux, soit d'une part l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que l'optométriste désire reprendre en remise de temps, et d'autre part, la demande des heures remises en temps pour remplacer des heures régulières non travaillées.

- **Accumulation**

Deux possibilités peuvent se présenter :

A. L'optométriste désire accumuler un **nombre précis d'heures** supplémentaires effectuées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60		NOMBRE D'HEURES :		0		2		5		0					
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTITÉ	HEURES	71	QUANTITÉ	HEURES	72	QUANTITÉ	HEURES	73	QUANTITÉ	HEURES	74	QUANTITÉ	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

B. L'optométriste désire accumuler la **totalité des heures** supplémentaires calculées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60		NOMBRE D'HEURES :		9		9		9		9					
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTITÉ	HEURES	71	QUANTITÉ	HEURES	72	QUANTITÉ	HEURES	73	QUANTITÉ	HEURES	74	QUANTITÉ	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

## - Remise de temps supplémentaire

HEURES SUPPLÉMENTAIRES													
ACCUMULATION	NOMBRE D'HEURES :												
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
	60												
	70	2,9	7,0	0,0	71	3,0	3,5	0	72				
									73				
										74			
													1,0
													5,0

La remise de temps est utilisée pour combler, en partie ou en totalité, la période régulière d'activités de l'optométriste.

Lorsque l'optométriste désire utiliser des heures de temps supplémentaire accumulées, il demande les heures facturées sur la ligne identifiée *Remise de temps code 80*.

Les heures se demandent en inscrivant le quantième de la journée régulière choisie ainsi que le nombre d'heures facturées.

En plus, le nombre total des heures réclamées doit être inscrit dans la case *TOTAL DES HEURES DE REMISE*.



**PARTIE 10****C. S.** (Considération spéciale) :

LETTRE **A** : Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE **B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « B » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

**PARTIE 11****Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre « A » ou « B » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

**PARTIE 12****Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer **le nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

**PARTIE 13****Congés pour période continue et prolongée**

L'optométriste peut à sa convenance utiliser cette partie **seule** ou **simultanément** avec d'autres pour déclarer la prise d'un congé dont la durée n'est pas inférieure à deux jours. Les autres parties qui peuvent être remplies en même temps que celle-ci sont :

*Activités* (partie 6), *Congés* (partie 7) et *Heures supplémentaires relatives à la remise de temps seulement* (partie 9).

Lorsque plusieurs parties sont remplies, il est important de s'assurer que la date d'un congé demandé pour une période continue et prolongée ne soit pas la même que celle utilisée préalablement dans une autre des parties précitées.

Une seule exception est cependant acceptable :

Il s'agit de la facturation d'activités qui pourrait porter **la même date que celle de début ou de fin du congé** facturé en période continue et prolongée.

**Remarque :** - toutes les cases de cette partie doivent être remplies;

- la date de début du congé facturé dans cette partie doit être comprise dans la période de la Partie 4, (laquelle **est toujours d'une semaine**) et est aussi constituée de deux dates;
- les journées facturées dans cette partie (Durée) doivent être entières.

**À titre d'exemple, un congé de maternité pourra être demandé ainsi :**

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN													
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR											
	0	8	0	1	0	6	0	8	0	5	2	3	01	1	0	0	

La Régie générera hebdomadairement une demande de paiement, **pour les congés rémunérés et les jours ouvrés**, tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte, cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur votre état de compte. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des jours fériés observés dans votre établissement respectif, sinon le tableau des jours fériés composant ce même document (point 4.4) sera alors utilisé.

À titre d'exemple, une période de **vacances annuelles** de quatre semaines facturée dans cette partie serait inscrite ainsi :

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN													
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR											
	0	8	0	2	0	3	0	8	0	2	2	8	02	0	2	0	

**Remarque :** En supposant que le 10 et le 11 février 20AA correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la Régie reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et deux jours de jours fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

**PARTIE 14****Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin**

Congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin.

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives.

Le congé pour juré ou témoin peut avoir été réclamé sur une demande de paiement antérieure ou peut l'être en même temps que la déclaration de l'indemnité reçue à ce titre.

Le montant de l'indemnité se retrouve sur le formulaire *Taxation de juré ou témoin* sous l'identification *Perte de temps*. Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

**PARTIE 15****Montant d'assurance invalidité reçu**

- # L'optométriste est tenu de déclarer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par Retraite Québec, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte.

**PARTIE 16****Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par l'optométriste dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

**PARTIE 17****Attestation de l'établissement**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure.



**4.3 EXPÉDITION**

- # - Transmettre une copie du formulaire portant les deux signatures à la Régie dans une enveloppe 22,9 cm x 30,5 cm (9 po x 12 po) à l'adresse suivante :
- Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4
- Remettre une copie à l'établissement
- Conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

**4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ**

- 002030** Services cliniques;
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002140** Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie
- 002141** Formation en basse vision à des optométristes détenant un nomination au sein d'un établissement
- 002142** Participation à des activités de formation en basse vision dispensées dans un établissement énuméré à l'annexe VII

**4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE***(Annexe V)***CONGÉS PARENTAUX AVEC RÉMUNÉRATION**

- 01** Maternité (article 1.01);
- 10** Congé spécial - complication de grossesse (article 1.19 a)) ou interruption de grossesse (article 1.19 b));
- 12** Maternité - décès de la conjointe - résiduel des 20 semaines au conjoint (article 1.01);
- 21** Congé spécial - visites reliées à la grossesse (article 1.19 c));
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus - Complication de grossesse (article 1.19 a) ou Interruption de grossesse (article 1.19 b) - joindre un certificat médical;
- 22** Maternité - retrait préventif (non prévu à l'entente);
- 23** Paternité (article 1.22);
- 25** Adoption - congé 10 semaines (article 1.23);
- 26** Congé pour adoption de 5 jours - 2 jours précédant le code 28 (article 1.23).(aboli le 31 mars 2013)

**CONGÉS PARENTAUX SANS RÉMUNÉRATION**

- 27** Maternité - extension (article 1.05);
- 28** Congé pour adoption de 5 jours - 3 jours suivant le code 26 (article 1.23); (Aboli le 31 mars 2013)
- 29** Maternité - prolongation (article 1.20);
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (article 1.23); (Aboli le 31 mars 2013)
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (article 1.23);
- 35** Paternité - prolongation (article 1.20);
- 36** Adoption - prolongation (article 1.20);
- 60** Congé parental (article 4.12).
- 62** Maternité - Suspension (article 1.03)
- 63** Paternité – Congé sans rémunération (article 1.22 A)
- 64** Paternité – Prolongation (article 1.22 D)
- 65** Paternité – Suspension (article 1.22 C)
- 66** Adoption – Prolongation (article 1.23 D)
- 67** Adoption – Suspension (article 1.23 B)
- 69** Adoption de l'enfant du conjoint – trois jours suivant le code 68 (article 1.23 G)

**VACANCES**

- 02** Vacances accumulées (article 2.02);
- 32** Vacances anticipées (article 2.07);
- 34** Vacances reportées (article 2.14).

**JOURS FÉRIÉS**

- 40** Jour férié annuel (article 3.01);
- 42** Jour férié en période d'invalidité (article 3.05).

**CONGÉS SPÉCIAUX AVEC RÉMUNÉRATION**

- 50 Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (article 4.01 a));
- 51 Décès des père, mère, frère, soeur, enfant \*, beau-père, belle-mère, bru et gendre (article 4.01 b));
- 05 Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (article 4.01 c));
- 08 Juré ou témoin (article 4.06);
- 52 Congé à traitement différé (article 10.03).
- 61 Comité de révision, événement spécial (article 1.12 et 1.24 B)
- 68 Adoption de l'enfant du conjoint - deux jours précédant le code 69 (article 1.23 G)

**CONGÉS SPÉCIAUX SANS RÉMUNÉRATION**

- 54 Candidat et exercice d'une fonction publique (article 4.05);
- 55 Mariage (article 4.07);
- 56 Congé annuel sans rémunération (article 4.08);
- 57 Année sabbatique (article 4.10);
- 58 Cours de formation (article 4.11);
- 59 Congé syndical (article 5.05 de l'Entente);
- 20 Congé après entente avec l'établissement (article 4.12).

**PERFECTIONNEMENT**

- 09 Congé de perfectionnement (article 5.01);
- 11 Congé de perfectionnement reporté (article 5.02).

**RÉGIME D'ASSURANCES - COMITÉ PARITAIRE**

- 70 Participation au comité paritaire (article 6.18).

**RÉGIME D'ASSURANCES - INVALIDITÉ**

- 10 Assurance invalidité, moins de 5 jours (article 8.02 a) i));
- 71 Assurance invalidité, 5 jours et plus (article 8.02 a) i));
- 72 Assurance invalidité en période de réadaptation (article 8.02 a) ii)).

\* code 51 décès d'un enfant autre que ceux prévus à l'article 4.01 a).

## # 4.6 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS

**La période de référence retenue par la Régie est du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril de l'année suivante.**

(parag. 3.00 de l'Annexe V de l'Entente)

Jours fériés	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019
Journée nationale des Patriotes	23 mai 2016	22 mai 2017	21 mai 2018
Fête nationale du Québec	24 juin 2016	23 juin 2017	25 juin 2018
Fête du Canada	1 <sup>er</sup> juillet 2016	30 juin 2017	2 juillet 2018
Fête du travail	5 septembre 2016	4 septembre 2017	3 septembre 2018
Action de Grâce	10 octobre 2016	9 octobre 2017	8 octobre 2018
Veille de Noël	23 décembre 2016	22 décembre 2017	24 décembre 2018
Fête de Noël	26 décembre 2016	25 décembre 2017	25 décembre 2018
Lendemain de Noël	27 décembre 2016	26 décembre 2017	26 décembre 2018
Veille du Jour de l'An	30 décembre 2016	29 décembre 2017	31 décembre 2018
Jour de l'An	2 janvier 2017	1 <sup>er</sup> janvier 2018	1 <sup>er</sup> janvier 2019
Lendemain du Jour de l'An	3 janvier 2017	2 janvier 2018	2 janvier 2019
Vendredi Saint	14 avril 2017	30 mars 2018	19 avril 2019
Lundi de Pâques	17 avril 2017	2 avril 2018	22 avril 2019

Ce tableau est publié à titre de référence pour l'optométriste. Il est utilisé à la Régie pour déterminer, entre autres, les droits de l'optométriste en début ou fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux jours fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède quatre semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente).

De plus, ce tableau sera utilisé pour l'application de l'article 3.04 de l'Annexe V de l'Entente.

Si un jour de jour férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent alors faire parvenir à la Régie, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des jours fériés et la date de leur célébration.

Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont publiés sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique *Calendriers* de l'onglet *Facturation*.

**4.7 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

(formulaire 1944)

Voir l'onglet *Rémunération à l'acte*, section 3.2.3.3.