

5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1215)

5.0 AVANT-PROPOS

- # La Régie met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement **du tarif horaire**, la *Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) 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^{er} 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.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1215)

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE (1)

PROFESSIONNEL
PRÉNOM (2) NOM N° DU PROFESSIONNEL N° DU GROUPE C.S. (8) NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES (10)

ÉTABLISSEMENT
NOM (3) NUMÉRO PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR (4)

#

ACTIVITÉS																	
QUAN- TIÈME	MODE DE REVENUE RATON	PLAGE HORAIRE (cocher)			REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	
		NUIT	AM	PM													SOIR
					1				2					3			
					4				5					6			
					7				8					9			
					10				11					12			
(5)					13 (6)				14					15			
					16				17					18			
					19				20					21			
					22				23					24			
					25				26					27			
					28				29					30			
					31				32					33			
					34				35					36			
					37				38					39			
					40				41					42			
					43				44					45			

SPÉCIMEN

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES (7)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (9)

FRAIS DE DÉPLACEMENT (11)
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITE) DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR HEURE D'ARRIVÉE DISTANCE TOTALE KM MONTANT RÉCLAME

HEURES DE DÉPLACEMENT (12) NOMBRE

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE (12) DATE ANNÉE MOIS JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT (13) LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. DATE 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.

DESCRIPTION DU FORMULAIRE (13 parties)

- # La demande de paiement comporte 13 parties :
1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres;
 2. Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés;
 3. Identification de l'établissement où les services ont été dispensés;
 4. Période de facturation;
 5. Quantième;
 6. Indication des activités et des heures effectuées;
 7. Total des heures travaillées;
 8. C.S. (Considération spéciale);
 9. Renseignements complémentaires;
 10. Nombre de documents annexés;
 11. Frais de déplacement (**ne s'applique pas**);
 12. Signature du professionnel ou du mandataire;
 13. Attestation de l'établissement.

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec								
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 3899994	N° DU GROUPE 4	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES							
ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec				NUMÉRO 1 0 0 1 1 3		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 1 6		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 2 2				
ACTIVITÉS														
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUN. SECTION	PLAGE HORAIRE (COCHER) (HEUR) (MIN) (SECR)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
			1				2				3			
			4				5				6			
			7				8				9			
			10				11				12			
			13				14				15			
			16				17				18			
			19				20				21			
			22				23				24			
			25				26				27			
			28				29				30			
			31				32				33			
			34				35				36			
			37				38				39			
			40				41				42			
			43				44				45			
											TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES														
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)		DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE KM		MONTANT RÉCLAMÉ				
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE		EMPLACEMENT DE LA PHOTO		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.										
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE <small>SE CERTIFIER QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.</small>				DATE ANNÉE MOIS JOUR				DATE 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.														

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

PARTIE 1**Numéro de contrôle externe**

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);
- le numéro du compte administratif (groupe) assigné par la Régie, si l'optométriste désire que le paiement soit fait à une société de professionnels dont il est membre ou à un compte administratif individuel.

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

L'identification de l'établissement où 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, s'il y a lieu.

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.**

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
PRÉNOM _____ NOM _____

N° DU PROFESSIONNEL _____

N° DU GROUPE _____

C.S. _____

NOMBRE DE DOCUMENTS
ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT
NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE
ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

ACTIVITÉS														
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher) MOIS (M) JOUR (J) SEM (S)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
1,7	TH	X	1	0,0,2,0,3,0		0,4 0,0	2				3			
1,7	TH	X	4	0,0,2,0,3,2		0,2 0,0	5	0,0,2,0,3,0		0,2 0,0	6			
1,8	TH	X	7	0,0,2,0,3,0		0,5 0,0	8				9			
1,9	TH	X	10	0,0,2,0,3,0		0,5 0,0	11				12			
1,9	TH	X	13	0,0,2,0,3,0		0,3 0,0	14				15			
2,0	TH	X	16	0,0,2,0,3,0		0,4 5,0	17				18			
2,1		X	19	0,0,2,0,3,0		0,4 5,0	20				21			
			22				23				24			
			25				26				27			
			28				29				30			
			31				32				33			
			34				35				36			
			37				38				39			
			40				41				42			
			43				44				45			

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,3,0,0,0
------------------------------------	-----------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL) _____ CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) _____

DATE D'ARRIVÉE: ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

HEURE D'ARRIVÉE _____ DISTANCE TOTALE _____ KM

MONTANT RÉCLAMÉ _____

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI S'ISSE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE: ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE: ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____

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.

SPÉCIMEN

#

1215 292 15/04

6

MAJ 35 / février 2016 / 99

PARTIE 5

Quantième

Cette partie permet à l'optométriste d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Le quantième s'exprime en utilisant deux chiffres.

PARTIE 6

Indication des activités et des heures effectuées

Indication des heures effectuées. Cette partie qui comporte quinze lignes ou 45 périodes de référence, permet à l'optométriste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation, pour lesquelles il est rémunéré au tarif horaire. Les éléments suivants doivent être indiqués :

- Le mode de rémunération :

TH qui correspond au tarif horaire.

L'identification du mode de rémunération est requis sur la 1^{re} ligne de service. Il est appliqué automatiquement sur les lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant.

- Plage horaire :

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. 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

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

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

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

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'activités et leur description, veuillez vous référer à la section 5.5 du présent onglet.

- Secteur de dispensation (secteur disp.)

Aucune donnée dans cette case.

- Heures travaillées :

Inscrire le nombre d'heures travaillées (quatre chiffres).

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

PARTIE 7**Total des heures travaillées**

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités. Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 030.00 heures.

5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 8 à 13)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
PRÉCISÉ

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

C.S.
A

NOMBRE DE DOCUMENTS
ANNEXÉS
1

ÉTABLISSEMENT
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI
ANNÉE MOIS JOUR

ACTIVITÉS																
QUAN- TIÈME	MODES DE TARIF HORAIRE RÉMUNÉ (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
	BASE	PLAT	AM	PM												
					1				2				3			
					4				5				6			
					7				8				9			
					10				11				12			
					13				14				15			
					16				17				18			
					19				20				21			
					22				23				24			
					25				26				27			
					28				29				30			
					31				32				33			
					34				35				36			
					37				38				39			
					40				41				42			
					43				44				45			

SPÉCIMEN

TOTAL
DES HEURES
TRAVAILLÉES

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT
CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)

CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)

DATE D'ARRIVÉE
ANNÉE MOIS JOUR

HEURE D'ARRIVÉE

DISTANCE TOTALE

MONTANT RÉCLAME
KM

HEURES DE DÉPLACEMENT
NOMBRE

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.
Pierre Untel

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 6 1 0 2 4

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT
Jacques Responsable

DATE
ANNÉE MOIS JOUR
1 6 1 0 2 5

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.

#

PARTIE 8

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.

Si plus d'une lettre doit être utilisée, toujours inscrire les lettres en respectant l'ordre alphabétique.

PARTIE 9

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 8, la lettre « A » et/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 10

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 11

Frais de déplacement (ne s'applique pas)

PARTIE 12

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 13

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.

5.3 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.

5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE
(formulaire 1944)

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

5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ

002030 Services cliniques.

002032 Rencontres multidisciplinaires.

002140 Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie.

002141 Formation en basse vision dispensée à des optométristes détenant une 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.