



MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

MISE À JOUR 30
AVRIL 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

INTRODUCTION

- Modifications d'ordre administratif

Page : [2](#)

ENTENTE

- Modification du numéro d'établissement pour le Centre de réadaptation de l'Estrie

Page : [70](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [3](#), [6](#) à 10

RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Ajout des jours fériés pour 2009-2010

Page : [19](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications d'ordre administratif

Pages : [6](#) et [16](#)

TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Nouveau message explicatif 418

Page : [14](#)

TARIF D'HONORAIRES

- Modifications des tarifs

Pages : [13](#) à [16](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants : 010/2008-04-30, 079/2008-08-28 et 209/2009-03-23.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

Corrections d'ordre administratif

+ Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

- **La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.**

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-53019-0

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Services des relations avec la clientèle

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de renseigner les optométristes sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie. À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association professionnelle des optométristes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que des renseignements relatifs au paiement. Les **renseignements d'ordre administratif** sont précédés du mot **AVIS**.

Ce manuel étant un document publié pour les fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

La Régie remet à chaque nouvel optométriste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie, outre ce manuel, le matériel nécessaire en fonction de son mode de paiement qui est, par la suite, renouvelable sur commande.

Lorsqu'un texte du manuel est amendé ou modifié, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages concernées (*voir la signification des références, au verso de la présente page*).

Les optométristes et leur personnel de secrétariat sont invités à se familiariser avec le contenu de ce manuel, et de ses successives mises à jour, de façon à éviter toute erreur dans la préparation de leurs demandes de paiement.

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur entente et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

Par courrier électronique :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par téléphone :

- # - Québec : 418 643-8210
- # - Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- # - Québec : 418 646-9251
- # - Montréal : 514 873-5951

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ
--

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

MMMM 20AA = mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.

ZZ = ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- **99** indique une modification d'ordre administratif
(ex. : ajout et/ou correction d'un « AVIS », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);

- **00** indique que les modifications sont la résultante d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel.

- **Tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de l'**Amendement** relatif à l'Entente-cadre.

Note : Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un amendement et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, c'est le **numéro** du document qui a le plus de poids qui est utilisé.

L'amendement a la priorité sur le document officiel, et ce dernier a priorité sur la directive administrative.

Remarque : Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

ANNEXE VI (Suite)

a) Première étape :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Redressement réclamé :

Date :

.....
L'optométriste ou l'Association

Copie : Le Ministre
L'Association

b) Réponse à la première étape :

.....

Date :

Par :

Représentant :

c) Deuxième étape :

A)
PARTIE EN CAUSE

Compte tenu de la décision rendue, je demande que le présent différend procède à l'arbitrage.

.....

Date :

.....
L'optométriste ou l'Association

Copie : Le Ministre
L'Association

**ANNEXE VII
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS**

N° de l'établissement		
+10013	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Service de réadaptation aux adultes et aux aînés	Québec
10123	Institut Nazareth et Louis-Braille	Longueuil
+10163	Centre de réadaptation MAB-Mackay - Centre d'hébergement Gilman	Montréal
#18393	Centre de réadaptation Estrie Inc.	Sherbrooke
+11263	Centre de santé et de services sociaux de Jonquière (Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière)	Jonquière
+04963	Centre de santé et de services sociaux de la Mitis	Mont-Joli
+10183	Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier	Joliette
10053	Centre de réadaptation Interval	Trois-Rivières
+10193	Centre régional de réadaptation La Ressourse	Gatineau
44939	Centre de réadaptation La Maison	Rouyn-Noranda
10943	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord - Pavillon Richelieu	Baie-Comeau
10223	Le Centre de réadaptation de la Gaspésie	Ste-Anne-des Monts

3.2.2 Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés

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 n° 3006 « Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ». 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**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 : séances différentes, même journée, 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** (n° 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 (n° 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 n° 1944)

- 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.

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 (les) lettre(s) appropriée(s) 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** (n° 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 ACTE - PAIEMENT - 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

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^{er} exemple de demande de paiement

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^e exemple de demande de paiement

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 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 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**. Inscrive la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

4.6 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS

La période de référence retenue par la Régie est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante.

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

Jours fériés	2007 / 2008	2008 / 2009	2009 / 2010
Journée nationale des Patriotes	21 mai 07	19 mai 08	18 mai 09
Fête nationale du Québec	25 juin 07	24 juin 08	24 juin 09
Fête du Canada	2 juillet 07	1 ^{er} juillet 08	1 ^{er} juillet 09
Fête du travail	3 sept. 07	1 ^{er} sept. 08	7 sept. 09
Action de Grâce	8 octobre 07	13 octobre 08	12 octobre 09
Veille de Noël	24 déc. 07	24 déc. 08	24 déc. 09
Fête de Noël	25 déc. 07	25 déc. 08	25 déc. 09
Lendemain de Noël	26 déc. 07	26 déc. 08	28 déc. 09
Veille du Jour de l'An	31 déc. 07	31 déc. 08	31 déc. 09
Jour de l'An	1 ^{er} janvier 08	1 ^{er} janvier 09	1 ^{er} janvier 10
Lendemain du Jour de l'An	2 janvier 08	2 janvier 09	4 janvier 10
Vendredi Saint	21 avril 08	10 avril 09	2 avril 10
Lundi de Pâques	24 avril 08	13 avril 09	5 avril 10

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 congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 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 congé 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^{er} mai de chaque année, la liste des congés 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 diffusés dans Internet. Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante: www.ramq.gouv.qc.ca, en cliquant sur la rubrique « Etablissements du réseau de la santé », puis sur « Calendrier des congés fériés ».

4.7 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE
(Formulaire n° 1944)

Voir l'onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE, section 3.2.3.3.

7.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (Parties 1a à 6a)

- 1a. NO DE LA DEMANDE : Numéros des demandes de paiement par ordre croissant (exception: le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- 2a. DATE : Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA0207, i.e. AA pour l'année 20AA, 02 pour février et 07 pour le quantième.
- 3a. ACTE : Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été réclamé, le code de l'acte concerné peut figurer dans cette colonne.
- 4a. PERS. ASS. : Les quatre premiers caractères du NAM.
- 5a. CODE : Numéros référant à la nature de la transaction « TRA » et à un message explicatif approprié (EXPL) (voir 7.9).
- 6a. MONTANT PAYÉ : Le montant du paiement ou de la rectification (voir 7.5).

7.4.1.3 Avis de remboursement à la personne assurée

Cette partie indique le montant payé à la personne assurée qui a demandé à la Régie un remboursement des honoraires que vous lui avez réclamés, parce qu'elle n'a pu vous fournir la preuve de son inscription à la Régie (carte d'assurance maladie) ou parce que vous êtes un professionnel désengagé.

On y retrouve les mêmes renseignements que ceux définis à 7.4.1.2.

7.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels le professionnel est soumis (voir 7). Le professionnel doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

Les demandes de paiement dûment remplies sont évaluées par la Régie.

7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par l'optométriste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

7.5.2 Demande de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée d'un code de transaction « TRA » 05 est en cours de traitement. Attendre qu'elle reparaisse sur un état de compte subséquent, accompagnée d'un autre code de transaction, **avant d'en demander la révision ou de soumettre une nouvelle demande de paiement.**

7.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 et d'un code de message explicatif approprié (voir 7.9).

L'optométriste qui désire contester la décision de la Régie ou fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande de paiement doit lui présenter une **demande de révision** (voir 7.5.4 b).

7.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 et du code de message explicatif approprié (voir 7.9 du présent onglet). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte visé paraît dans la colonne ACTE.

Dans ce cas :

- # a) REFACTURATION : **Soumettre une nouvelle demande de paiement** s'il y a lieu de corriger ou de modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement initiale.

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de trois mois suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre « B » dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case DIAGNOSTIC ET 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.

- b) RÉVISION : **Faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de sa demande.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 7.7) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

Le délai pour demander la révision est de deux mois; il court depuis la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée la rectification d'honoraires (réf. : Entente, art. 13.02).

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire n° 1549 « DEMANDE DE RÉVISION » (voir onglet MANUEL ET FORMULAIRES).

Expédier la demande de révision à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

- 641** Le code numérique de diagnostic est manquant.
- 642** Conformément à l'article 34k) du règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie* et à l'article 3.03 de l'annexe II du manuel des optométristes, le nom du médecin référant doit être inscrit dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES lorsque l'acte codé 9012 est réclamé avec diagnostic de pathologie oculaire nécessitant le port de lentilles de contact.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre optométrique, juridique ou administratif.
- 651** En raison d'un défaut de complètement.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 665** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information paraissant dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre optométrique, juridique ou administratif.
- 682** Consécutivement à une expertise professionnelle et selon les renseignements fournis.
- 683** Conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 685** Seuls les quatre premiers codes d'acte de la demande de paiement ont été évalués.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **avant** l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif **depuis** l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négocié.
- 701** Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 704** La présence de l'adresse du lieu de la visite ou du code d'établissement est nécessaire au paiement des frais de déplacement.
- 730** Remboursement à la personne assurée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie. Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 757** Le service facturé a déjà été payé à un autre professionnel l'ayant rendu au même endroit que le vôtre, à l'intérieur d'une période de douze (12) ou de vingt-quatre (24) mois, selon l'âge de la personne assurée (réf. : Règle d'application 1.18).
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 838** Le numéro d'établissement ou de cabinet d'optométrie est manquant, illisible ou inexistant à la date du service. (*)
- 850** Conformément à l'article 10,01 de l'Entente, relatif aux modes de rémunération en établissement, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes ou au tarif horaire.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. (*)
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique, mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section PRE-VALIDATION du rapport « retour d'erreurs » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. (*)
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- # **920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire no 1549.
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Vous n'avez pas fourni, dans les délais prévus à l'article 12.04 du chapitre IV de l'Entente, les renseignements demandés.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 935** Le coût de ces services relève de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.

(*) Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 350** Le code d'activité doit être justifié par des notes explicatives.
- 353** Les données inscrites ne sont pas conformes à votre entente.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 363** Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.
- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activité facturé.
- 367** Le maximum d'heures pouvant être facturé dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372** Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373** Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.
- 391** Le dépassement d'heures d'activités régulières pour l'année est refusé.
- 394** Pour ce code d'activité, le nombre maximal d'heures a été autorisé en fonction de la plage horaire identifiée.

- 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 408** Aucun service ne paraît sur la demande.
- 409** La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- # **418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 473** Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 503** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550** Rectification d'une demande de paiement.
- 551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 554** Révision effectuée sur la base de votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 555** Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 558** Demande de paiement ou demande de remboursement annulée: les corrections ont été reportées sur votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 560** Ajustement rétroactif de votre rémunération à la suite de l'application d'une colonne différente du tableau des modificateurs, conformément aux stipulations actuelles de votre entente.
- 570** Les maximums d'heures inscrits aux articles 4 de l'Annexe IV et 8.17 de votre entente ont été atteints. Les honoraires ont été rectifiés selon les conditions de l'annexe IV.

NOMENCLATURE		TAUX
EXAMENS DE LA VISION		
+9001	Examen complet.	25,00
	<p><u>AVIS :</u> <i>Inscrire obligatoirement le numéro (5 chiffres) du cabinet d'optométrie dans la case ÉTABLISSEMENT de votre demande de paiement. Voir la règle d'application 1.18.</i></p> <p><i>Ce service ne peut être considéré comme assuré s'il est rendu plus d'une fois par période de 24 mois, par un optométriste à une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur et qui est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans OU s'il est rendu plus d'une fois par période de 12 mois par un optométriste à une personne assurée âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus. (Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22.j)i). Voir la règle d'application 1.23.</i></p>	
9002	Examen partiel	12,00
	<p>NOTE: L'examen partiel est considéré comme un service assuré pour toutes les personnes admissibles au Régime d'assurance maladie du Québec.</p> <p><u>AVIS :</u> <i>Voir la règle d'application 1.04.</i></p>	
9004	Examen subséquent.	13,50
	<p><u>AVIS :</u> - <i>Voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 et 1.23.</i></p> <p>- <i>Ce code d'acte ne peut être facturé pour un examen subséquent relié à un examen spécifique de lentilles de contact. Dans ce dernier cas, le code suivant doit être utilisé:</i></p>	
9017	Examen subséquent à un examen spécifique de lentilles de contact (voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13 et 1.19)	13,50
+9024	Supplément pour tonométrie et/ou biomicroscopie	3,50
	<p><u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.10, 1.14 et 1.23..</i></p> <p><i>Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement que l'acte codé 9001, 9002, 9004 ou 9017 auquel il s'applique.</i></p>	
+9003	Examen de contrôle en orthoptique.	14,50

10. TARIF D'HONORAIRES

Optométristes

NOMENCLATURE	TAUX
À venir Examen d'urgence	12,00
<p>NOTE: L'examen d'urgence est considéré comme un service assuré pour toutes les personnes admissibles au régime d'assurance maladie du Québec.</p> <p><u>AVIS</u> : <i>Un nouveau code sera attribué au service libellé « Examen d'urgence » Ce service entrera en vigueur lorsque le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie sera modifié pour l'inclure.</i></p>	
ACTES DIAGNOSTIQUES	
9005 Examen de la vision des couleurs.	10,00
<p><u>AVIS</u> : <i>Ce service ne peut être considéré comme assuré s'il est rendu plus d'une fois par période de 24 mois, par un optométriste à une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur et qui est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans OU s'il est rendu plus d'une fois par période de 12 mois par un optométriste à une personne assurée âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus (Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22.)ii.).</i></p> <p><i>Voir les règles d'application 1.05 et 1.23.</i></p> <p><i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal.</i></p> <p>Étude des champs visuels :</p>	
9006 Examen du champ visuel central.	8,00
+ 9007 Examen du champ visuel périphérique	8,00
9009 Adaptométrie	6,00
<p><u>AVIS</u> : <i>Voir la règle d'application 1.20.</i></p> <p><i>Lorsque l'acte d'adaptométrie n'est pas posé pour remplir un formulaire requis par un organisme public ou privé ou par un employeur, veuillez l'inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i></p>	
9008 Motilité oculaire	12,00
<p><u>AVIS</u> : <i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal.</i></p> <p><i>Dans les cas d'hétérophorie, préciser en plus la nature du problème détecté lors de l'examen de la vision (réf : Règle d'application 1.08).</i></p>	

NOMENCLATURE		TAUX
EXAMENS SPÉCIFIQUES		
+9010	Examen de la vision sous-normale	70,00
	<u>AVIS :</u> <i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal.</i>	
9011	Examen spécifique d'anisétropie	60,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.09 et 1.23.</i>	
9012	Examen spécifique de lentilles de contact	48,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.09, 1.19 et 1.23.</i>	
	<i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal.</i>	
	<i>Dans le cas de pathologie oculaire nécessitant le port de lentilles de contact, (code de diagnostic 371.9 ou code administratif 169.6*) inscrire le nom du médecin référant dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
	<i>* Définition du code administratif 169.6 :</i>	
	<i>Autres pathologies oculaires nécessitant le port de lentilles de contact.</i>	
+9030	Examen spécifique d'orthoptique	46,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.09, 1.14 et 1.23.</i>	
	<i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal (voir la règle d'application 1.14).</i>	
+À venir	Examen sous dilatation du segment postérieur	12,25
	<u>AVIS :</u> <i>Un nouveau code d'acte sera attribué au service libellé « Examen sous dilatation du segment postérieur ». Ce service entrera en vigueur lorsque le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie sera modifié pour l'inclure.</i>	
9014	* Examen subséquent	14,50
	<u>AVIS :</u> <i>- Voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 et 1.23.</i>	
	<i>- Ce code d'acte ne peut être facturé pour un examen subséquent relié à un examen spécifique de lentilles de contact. Dans ce dernier cas, le code suivant doit être utilisé :</i>	
9018	*Examen subséquent à un examen spécifique de lentilles de contact (voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13 et 1.19)	14,50
+9028	Supplément pour visite à domicile	33,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle d'application 1.17.</i>	

10. TARIF D'HONORAIRES**Optométristes**

NOMENCLATURE		TAUX
Frais pour déplacement relié à la visite à domicile		
9015	- De huit à quarante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre	0,50
9016	- Au-delà de quarante kilomètres	C.S.
<u>AVIS :</u> Voir section 3.2.3.2, sous l'onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE.		