



MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

MISE À JOUR 31
novembre 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

ENTENTE

- Modification du paragraphe 12.03 selon l'Amendement n° 1
Page : [12](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modification administrative
Page : [5](#)

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modification administrative
Page : [10](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification administrative
Page : [2](#)
- Modification des messages explicatifs n^{os} 432, 434 et 617
Pages : [13](#) et [14](#)
- Nouveaux messages explicatifs n^{os} 376, 377, 865 et 880
Pages : [13](#) et [16](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification administrative
Page : [2](#)

PAIEMENT AU TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification administrative

Page : [2](#)

TARIF D'HONORAIRES

- Section 10.4, les paragraphes 1.05 et 3.05 entrent en vigueur à compter du 10 septembre 2009

Pages : [5](#) et [8](#)

- Modifications administratives

Pages : [6](#), [9](#), [10](#), [13](#) à 16

- Ajout des codes 9019 pour les examens d'urgence et 9020 pour les examens sous dilatation du segment postérieur et des avis administratifs pertinents

Pages : [14](#) et [16](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 077/2009-09-02, 101/2009-10-07 et 131/2009-11-12.

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 

Sur demande d'un établissement reconnu et autorisé aux fins de l'entente, le Ministre détermine le nombre d'heures allouées à l'établissement pour rémunérer les périodes d'activités professionnelles qu'un optométriste consacre à de la supervision d'étudiants en optométrie. De même, sur demande d'un établissement visé par l'entente, le Ministre détermine le nombre d'heures allouées à l'établissement pour rémunérer les activités professionnelles mentionnées aux alinéas d) et e) qui précèdent.

AVIS : *Pour les services rendus en établissement, veuillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 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*

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire AVIS DE SERVICE - OPTOMÉTRISTE - RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE - RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES n° 3628 identifiant l'optométriste et la période concernée. Il doit aussi mentionner les activités professionnelles visées par la nomination. Les activités c) et d), décrites ci-dessus, doivent faire l'objet d'une autorisation.*

ARTICLE 11 : FACTURATION

11.01 L'optométriste fait parvenir ses relevés d'honoraires à la Régie, pas plus d'une (1) fois la semaine et au moins une (1) fois par mois.

Cette facturation se fait sur les formules prescrites fournies par la Régie.

Le défaut pour un optométriste rémunéré à honoraires fixes de fournir à la Régie un relevé d'honoraires pour une période donnée, à l'exception d'une période au cours de laquelle un optométriste est en congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à l'Annexe V, entraîne, pour la durée de cette période, l'interruption de l'accumulation du service au sens de l'Annexe V de la présente Entente et l'application du paragraphe 4.13 de la même annexe, à moins que l'optométriste ne démontre à la Régie qu'il a été dans l'impossibilité de le produire.

Un relevé d'honoraires relatif au mode du tarif horaire ou à celui des honoraires fixes doit être contresigné par l'établissement avant d'être transmis à la Régie. Advenant le refus de l'établissement de contresigner un relevé d'honoraires, l'optométriste peut loger un différend pour obtenir paiement.

AVIS : *Il est important de faire parvenir à la Régie une demande de paiement pour les services rendus afin de ne pas interrompre l'accumulation du service.*

11.02 Un optométriste n'est tenu de fournir à la Régie que les seuls renseignements et documents dont elle a besoin pour apprécier un relevé d'honoraires.

La Régie peut faire toute enquête ou inspection sur les matières qui sont de sa compétence en vertu de la Loi ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie, selon le cas, ou en vertu de l'entente.

ARTICLE 12 : PAIEMENT

12.01 Un relevé d'honoraires est payé par la Régie s'il est dûment complété, savoir qu'il porte les renseignements requis.

Ces renseignements consistent limitativement en les mentions prévues selon la formule de relevé d'honoraires appropriée.

Tout relevé d'honoraires qui n'est pas payé par la Régie du fait qu'il omet l'énoncé d'un renseignement requis doit faire l'objet d'un avis d'annulation à l'optométriste, indiquant le renseignement omis; dans un tel cas l'optométriste soumet un nouveau relevé d'honoraires.

12.02 Un relevé d'honoraires est apprécié par la Régie après son paiement. À cette fin, la Régie peut requérir les renseignements et documents exigibles en vertu de la Loi ou de la présente entente.

Advenant un différend, le régime de la preuve quant au relevé d'honoraires en litige n'est pas modifié.

+ **12.03** Selon la formule fournie par la Régie aux fins de recevoir tout versement, le paiement des honoraires est fait à l'optométriste ou au tiers qu'il autorise soit :

- un groupe d'optométristes;
- une société d'optométristes dont il est membre;
- une société par actions visée au *Règlement sur l'exercice de la profession d'optométriste en société* et pour laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par versement bancaire au compte de l'optométriste ou du tiers qu'il autorise ou lorsque l'optométriste en fait la demande, par chèque.

Ce versement est réalisé dans un délai maximal de trois (3) jours ouvrables après la date du paiement. Tout autre mode de paiement peut être convenu entre le ministre et l'Association.

AVIS : *Pour adhérer au paiement par dépôt direct, veuillez remplir le formulaire n° 2914 (voir l'onglet Manuels et Formulaires).*

12.04 La Régie obtient, selon le mode de la compensation, remboursement d'un paiement qu'elle a effectué sur un relevé d'honoraires et auquel elle prétend que l'optométriste n'a pas droit en vertu de la Loi ou de l'entente.

Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également au relevé d'honoraires pour lequel l'optométriste n'a pas, dans les trente (30) jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi ou de l'entente.

12.05 Lors d'un remboursement, la Régie informe l'optométriste au moyen d'un avis qui identifie le relevé d'honoraires en cause et énonce les motifs au soutien de sa décision.

Dans le cas où la décision suit une recommandation du comité de révision, la Régie en informe l'optométriste. À sa demande, elle lui transmet copie de la recommandation.

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
+ 11425	Centre de réadaptation MAB-Mackay - Centre d'hébergement Gilman	Montréal
# 18393	Centre de réadaptation Estrie	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 Ressource	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

b) La personne est dans un état requérant des soins urgents :

- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S..

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement dont le code affiche le préfixe « 0 » ou « 1 » et le suffixe « 4 » ou « 5 ») ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9) pour y recevoir des soins de longue durée :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S..

d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans, et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale :

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S..

2- Dans tous les autres cas :

La personne doit payer elle-même les honoraires au professionnel de la santé. Celui-ci remplit la partie du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2058* qui le concerne et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

2.3 HANDICAPÉ VISUEL

Le coût des services optométriques est défrayé par la Régie, à la condition que la personne assurée handicapée visuelle soit inscrite à un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle à la date où les services ont été rendus.

Remarque : Veuillez vous référer à l'onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE.

- Section 3.2.4.4 pour les **instructions de facturation**
- Annexe VII de l'entente pour la liste des établissements reconnus et autorisés (comme centres pour les personnes ayant une déficience visuelle)

2.4 PRESTATAIRES D'UN PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

C'est une personne assurée, âgée de 18 ans à 64 ans inclusivement ayant droit à un programme d'aide financière de dernier recours prévu à la *Loi sur le Soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale* et qui détient depuis au moins 12 mois consécutifs, un carnet de réclamation en vigueur.

Le carnet de réclamation comporte deux volets :

- Le volet de gauche identifie le prestataire (nom, prénom, adresse). Son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères) et la période de validité.
- Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles aux services optométriques.

Le prestataire doit signer cette partie à l'endroit indiqué.

Il est important, avant de fournir un bien ou un service de :

- 1- vérifier la période de validité du carnet de réclamation afin de déterminer si la personne est admissible à un programme d'aide financière de dernier recours à la date du service;
- 2- vérifier si le numéro d'assurance maladie de la personne à qui est destiné le bien ou le service figure sur le volet de droite du carnet de réclamation.

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, 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*.

7. PAIEMENT À L'ACTE

L'optométriste, pour avoir le droit à être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est fourni.**

7.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement se fait toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre de l'optométriste ou d'une société d'optométristes autorisée par ce professionnel à recevoir paiement.

Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

7.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.

7.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, notamment en télécommunication, des rapports d'erreurs de facturation sont disponibles dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication ou le traitement des disquettes.

Ces rapports d'erreurs sont de deux ordres :

- a) les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation);
- b) les erreurs ayant trait aux modalités relatives à l'application des programmes.

L'agence n'a donc pas à attendre la réception des états de compte pour pouvoir refacturer des demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, puisque ces erreurs sont rapportées à l'agence, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

Le « RAPPORT D'ERREURS » est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

7.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée, publié par la Régie.

Sur les états de compte, les erreurs de type « forme et contenu » paraissent avec le code de message explicatif 907 (voir section **7.9**).

7.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.
Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

- 360** Le code d'acte n'est pas inscrit. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 370** Cet acte n'est assuré que pour la personne assurée de 16 ans ou moins (cf. article 34.1 du Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie*).
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion et incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 374** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 375** En raison de leur libellé respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- # **376** Selon le 2^e alinéa de la règle d'application 1.21, il y a incompatibilité entre ces actes.
- # **377** Selon le 1^{er} alinéa de la règle d'application 1.22, vous ne pouvez réclamer l'examen partiel et l'examen d'urgence le même jour.
- 401** Le service est payé selon le code d'acte indiqué à l'état de compte.
- 403** Services non assurés par le régime d'assurance maladie.
- 405** Conformément au premier alinéa de la règle d'application 1.19, l'acte codé 9012 ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique.
- 407** Ce code d'acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 409** Conformément à la règle d'application 1.20, l'acte 9009 ne peut être payé lorsqu'il est posé pour remplir un formulaire requis par un organisme public ou privé ou par un employeur.
- 410** Conformément à la règle d'application 1.19, l'examen subséquent relié à un examen spécifique de lentilles de contact ne peut être facturé à la Régie que si l'optométriste pouvait obtenir paiement de la Régie pour l'examen spécifique de lentilles de contact.
- 411** Ce code d'acte ne peut être facturé pour un examen subséquent de lentilles de contact. Veuillez vous référer à l'avis et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 413** En fonction de la nature ou du libellé de l'acte au tarif d'honoraires.
- 414** L'acte facturé a déjà été payé à un autre professionnel.
- 415** Acte(s) facturé(s) déjà payé(s). Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 416** Conformément à la règle 1.08, la nature du problème détecté lors de l'examen de la vision doit être indiquée sur le relevé d'honoraires lorsque l'acte codé 9008 est réclamé avec le diagnostic d'hétérophorie.

- 426** Faute d'indication à la description des services, le code d'acte réclamé est inclus dans celui indiqué en référence.
- # **432** Conformément aux règles d'application 1.09 et 1.23, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois à l'intérieur d'une année civile.
- 433** Ce service ne peut être facturé plus d'une fois dans une période donnée.
- # **434** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.11.
- 435** Code d'acte modifié conformément au deuxième alinéa de la règle d'application 1.11.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature ou son libellé, l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 442** Conformément à la règle d'application 1.10, cet acte ne peut être payé puisqu'il constitue un supplément à un autre acte et celui-ci n'a pas été réclamé ou a été refusé.
- 490** En raison de la règle d'application 1.04, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 497** Conformément au premier alinéa de la règle d'application 1.11, la rémunération du supplément pour la tonométrie et la biomicroscopie (code 9024) est incluse dans celle de l'examen subséquent (code 9014).
- 498** En raison de la règle d'application 1.06, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 499** En raison de la règle d'application 1.14, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 502** Conformément aux articles 4.01 et 4.02, l'acte 9028 ne peut être payé puisqu'il constitue un supplément à un autre acte et celui-ci n'a pas été réclamé ou a été refusé.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.
- # **617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre professionnel.
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément au maximum permis à la règle d'application 1.12.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de services vous ont été payés en double.
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique.

- 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.
- # **865** Conformément à l'avis administratif relié au code d'acte, la présence de notes explicatives est obligatoire lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.
- # **880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 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 PRÉ-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 n° 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.

8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES

L'optométriste, pour avoir le droit à être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux optométristes rémunérés **à honoraires fixes.**

Remarque : Pour les optométristes rémunérés **à l'acte**, veuillez vous référer à l'onglet **PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS.**

8.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre de l'optométriste traitant.

Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

8.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.

8.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

LE RAPPORT D'ERREURS est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

8.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

8.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

9. PAIEMENT AU TARIF HORAIRE

L'optométriste, pour avoir le droit à être rémunéré par la Régie, doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les trois mois de la date à laquelle le service assuré est dispensé quel que soit le mode de la rémunération.**

Les renseignements inscrits sous le présent onglet s'adressent aux optométristes rémunérés **au tarif horaire.**

Remarque : Pour les optométristes rémunérés **à l'acte**, veuillez vous référer à l'onglet **PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS.**

9.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre de l'optométriste traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir paiement.

Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

9.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes de paiement dûment remplies.

Si une demande de paiement ne figure pas aux états de compte dans les quarante-cinq (45) jours après son envoi à la Régie, elle doit être resoumise dans les 3 mois de la date des services.

9.3 FACTURATION INFORMATISÉE

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, identifie les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger et refacturer les demandes de paiement ayant eu des erreurs de facturation, le plus tôt possible, souvent, avant la fin de la même période de paiement.

LE RAPPORT D'ERREURS est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

9.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée.

9.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat de vos transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif de votre compte excède 200,00 \$.

1.04 L'examen de contrôle en orthoptique

Examen fait par un optométriste dans le cadre d'un traitement d'orthoptique à une personne assurée de 16 ans ou moins pour apprécier l'évolution du problème traité ou les résultats obtenus au cours du traitement orthoptique et comprenant chacun des trois (3) éléments suivants :

- a) questionnaire pertinent;
- b) examen comprenant l'ensemble ou une partie de l'appareil oculo-visuel;
- c) les recommandations à la personne assurée, et s'il y a lieu, la modification du traitement d'orthoptique.

+ 1.05 L'examen d'urgence

L'examen d'urgence est l'appréciation d'un aspect de la santé oculaire d'une personne assurée, en raison d'une condition particulière qui, selon l'optométriste, exige une attention immédiate comprenant :

- a) l'histoire de cas;
- b) l'observation de l'ensemble ou d'une partie de l'appareil oculaire;
- c) la détection d'un état pathologique oculaire;
- d) le diagnostic en relation;
- e) les recommandations à la personne assurée ou la référence à un médecin.

2.00 ACTES DIAGNOSTIQUES**2.01 Étude extensive de la vision des couleurs**

Évaluation bilatérale de la capacité d'apprécier et d'utiliser les couleurs à l'aide du test Farnsworth - Munsell incluant s'il y a lieu l'étude simple.

2.02 Étude des champs visuels

Étude de l'ensemble des points de l'espace que chacun des deux (2) yeux immobilisés peut embrasser :

- a) Examen du champ visuel central : cet examen est effectué à l'aide d'un campimètre ou d'un périmètre, assisté ou non par ordinateur, et doit comprendre l'évaluation de la tache aveugle et une recherche dans au moins huit (8) méridiens. Il peut être fait en fonction du champ de la forme ou du champ du mouvement ou de la recherche du seuil lumineux, selon le cas.
- b) Examen du champ visuel périphérique : cet examen est effectué à l'aide d'un périmètre conventionnel ou d'un périmètre assisté par ordinateur et doit comprendre une recherche dans au moins huit (8) méridiens. Il peut être fait en fonction du champ de la forme et du champ du mouvement ou de la recherche du seuil lumineux, selon le cas.

Cette étude doit être enregistrée sur document approprié et permanent.

2.03 Adaptométrie

Étude, au moyen d'un adaptomètre, du degré d'adaptation rétinienne en terme de changement du seuil lumineux.

2.04 Étude de la motilité oculaire

Étude détaillée de l'appareil oculo-moteur par l'étude des mouvements volontaires et réflexes et de la coordination binoculaire dans les cas de strabisme, d'amblyopie, de diplopie, de suppression détectés lors d'un examen de la vision; également dans les cas d'hétérophorie reliée à un problème de motilité oculaire ou de coordination binoculaire.

Cette étude comprend au moins les éléments suivants :

- l'évaluation des mouvements monoculaires et binoculaires, conjugués et disjonctifs : les versions, les vergences, les ductions;
- la recherche des dominances perceptuelles et motrices;
- l'étude des trois (3) degrés de fusion (perception simultanée, fusion, stéréopsie),

et le cas échéant :

- l'évaluation du nystagmus opto-cinétique;
- l'évaluation des mouvements oculaires par provocation non-optique;
- la mesure de l'angle subjectif de déviation (v.g. test de Lancaster);
- la recherche de la normalité ou de la dualité de correspondance rétinienne.

3.00 EXAMENS SPÉCIFIQUES**3.01 Examen spécifique de la vision sous-normale**

Examen fait à un handicapé visuel* tel que défini dans le Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie et comprenant chacun des trois éléments suivants :

- a) le questionnaire pertinent;
- b) l'examen fait à l'aide de systèmes optiques spéciaux, ou d'appareils remplissant les mêmes fins;
- c) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription du traitement.

3.02 Examen spécifique d'anisétropie

Examen fait à une personne assurée chez qui on observe une différence de grandeur ou de forme des images oculaires, comprenant chacun des trois (3) éléments suivants :

- a) le questionnaire pertinent;
- b) l'examen fait au moyen d'un eikonomètre ou d'un équipement équivalent;
- c) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription du traitement.

AVIS : * Conformément au Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29, r.0.02.1)

2. Un handicapé visuel est, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie et du présent règlement, une personne qui a une déficience visuelle et qui est un bénéficiaire au sens de cette loi.

Une déficience visuelle, aux fins de l'application du présent règlement, est celle qui, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4 dioptries, ne laisse place qu'à une acuité visuelle de chaque oeil inférieure à 6/21 ou qu'à un champ de vision de chaque oeil inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90° et qui, dans l'un ou l'autre cas, rend une personne incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier.

3.03 Examen spécifique de lentilles de contact

Examen consécutif à un examen de la vision d'un ou du même optométriste fait à une personne assurée pour lequel le diagnostic optométrique exige une correction à l'aide de prothèses appliquées sur la cornée ou la sclérotique dans les cas de :

- Cornée irrégulière
- Colobome
- Albinos
- Aniridie
- Polycorie
- Aphakie (s'il n'y a pas eu insertion de lentilles intraoculaires)
- Anti ou anisométrie d'au moins deux (2) dioptries de différence entre les deux (2) yeux
- Myopie d'au moins 5 dioptries
- Hypermétropie d'au moins 5 dioptries
- Astigmatisme régulier d'au moins trois (3) dioptries de différence entre les méridiens majeurs
- Amblyopie lorsque la correction ne peut être obtenue à mieux que 20/40 pour le meilleur oeil
- Lentilles thérapeutiques dans les cas de pathologie oculaire nécessitant le port de lentilles de contact suite à une référence d'un médecin

Cet examen comprend chacun des trois (3) éléments suivants :

- a) le questionnaire pertinent;
- b) l'examen permettant d'établir la topographie de la cornée, l'état des tissus oculaires, la nature et les caractéristiques des lentilles de contact;
- c) les recommandations à la personne assurée et, s'il y a lieu, la prescription du traitement.

3.04 Examen spécifique d'orthoptique

Examen fait à une personne assurée de 16 ans ou moins, consécutif à une étude de la motilité oculaire qui a conduit à au moins l'un des diagnostics suivants :

- Strabisme
- Amblyopie
- Hétérophorie
- Suppression
- Diplopie

Il comprend chacun des quatre (4) éléments suivants :

- a) le questionnaire pertinent;
- b) l'étude des signes et symptômes ainsi que l'évaluation des anomalies diagnostiquées;
- c) le pronostic;
- d) les recommandations à la personne assurée, l'établissement d'un plan de traitement, les explications à la personne assurée de ce plan de traitement quant à sa nature, sa durée et la fréquence des visites.

+ 3.05 Examen sous dilatation du segment postérieur

L'examen du segment postérieur est l'étude détaillée sous dilatation, des milieux intraoculaires et de la rétine, à l'aide de l'ophtalmoscopie binoculaire indirecte ou de la biomicroscopie avec lentille pré-cornéenne (exemples : VOLK, GOLDMAN) comprenant :

- a) l'histoire de cas;
- b) la détection d'un état pathologique oculaire, le cas échéant;
- c) le diagnostic en relation;
- d) les recommandations à la personne assurée ou la référence à un médecin.

L'examen du segment postérieur est assuré pour une personne ayant un diagnostic connu de diabète et qui est traitée au moyen de comprimés ou d'injections ainsi que pour une personne présentant une myopie de 5.00 dioptries ou plus.

4.00 SUPPLÉMENT POUR VISITE À DOMICILE

4.01 Un supplément est payé à l'optométriste pour un acte posé à domicile lorsque l'optométriste doit se déplacer pour dispenser un service optométrique requis et assuré à une personne assurée qui est dans l'impossibilité de se déplacer en raison de son état physique.

4.02 Frais pour déplacement relié à la visite à domicile

Les frais pour déplacement s'appliquent au trajet effectué par l'optométriste pour dispenser un service requis et assuré à domicile.

La distance se mesure à compter de huit (8) kilomètres des limites de la ville ou du village où l'optométriste exerce et se calcule dans un sens seulement.

Une indemnité pour un déplacement de plus de quarante (40) kilomètres fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

5.00 RÈGLES DE RÉMUNÉRATION DES FRAIS ACCESSOIRES

5.01 L'optométriste ne peut demander à la personne assurée quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service assuré déterminé par règlement, sauf disposition contraire au présent tarif.

Toutefois, l'optométriste peut obtenir de la personne assurée compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés en rapport avec la dispensation d'un service assuré. En ces cas, l'optométriste doit afficher à la vue du public, dans la salle d'attente du cabinet où il exerce, le tarif des médicaments et des agents anesthésiques accessoires à un service assuré qu'il peut réclamer d'une personne assurée.

Lorsque tel paiement est exigé d'une personne assurée, une facture détaillée doit lui être remise. Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des frais accessoires.

10.5 RÈGLES D'APPLICATION

1.01 L'optométriste est rémunéré en vertu du présent tarif d'honoraires pour tout service optométrique qu'il a lui-même fourni à la personne assurée.

Toutefois, l'optométriste peut se faire assister par du personnel auxiliaire pour dispenser un service optométrique.

Les honoraires payables à l'optométriste comprennent, en cabinet privé, compensation pour le coût des techniques qui concourent au service optométrique qu'il dispense à la personne assurée, que ces techniques soient exécutées par l'optométriste lui-même ou qu'il en confie l'exécution au personnel auxiliaire qui l'assiste.

1.02 L'optométriste doit tenir au dossier les renseignements pertinents à la justification d'un relevé d'honoraires.

1.03 L'optométriste présente une demande de considération spéciale lorsque le service assuré est rendu dans des circonstances hors de l'ordinaire et non fréquentes. Une demande de considération spéciale est soumise au moyen d'un relevé d'honoraires qui indique le montant des honoraires demandés et comporte, en outre, les renseignements appropriés, lesquels sont rédigés sur un document accompagnant le relevé d'honoraires.

Sur réception d'un relevé d'honoraires avec la mention « C.S. », la Régie effectue le paiement si elle n'entend pas modifier la demande d'honoraires. Si la Régie entend la modifier en tout ou en partie, elle effectue le paiement qu'elle croit justifié, et si l'optométriste n'est pas satisfait, il peut contester de la façon prévue à l'entente.

1.04 L'examen partiel ne peut être réclamé avec aucun autre service le même jour pour une personne sauf la tonométrie et/ou la biomicroscopie et l'examen sous dilatation du segment postérieur.

1.05 L'étude extensive de la vision des couleurs est rémunérée lorsqu'elle est exécutée consécutivement à l'observation d'une déficience de perception des couleurs décelée par une étude simple à l'aide, par exemple, du test Ishihara ou d'un test pseudo-isochromatique.

1.06 Lorsque l'objet unique de la visite est la dispensation d'un acte diagnostique ou d'un examen spécifique, l'optométriste traitant ou à qui la personne assurée est référé ou transféré ne peut demander les honoraires d'un examen de la vision.

1.07 On entend par le mot « visite » toute entrevue de l'optométriste avec une personne assurée au cours de laquelle il effectue un examen de la vision, un examen spécifique ou un acte diagnostique.

1.08 Dans les cas d'hétérophorie visés au paragraphe 2.04 de la section II de la présente annexe, l'optométriste doit indiquer sur le relevé d'honoraires la nature du problème détecté lors de l'examen de la vision.

AVIS : - Voir section 10.4, article 2.04 « *Étude de la mobilité oculaire* ».
- Voir l'acte codé 9008, à la section 10.6 du présent onglet.

1.09 L'optométriste ne peut demander pour une même personne assurée plus d'un (1) examen spécifique d'aniséikonie, de lentilles de contact et d'orthoptique à l'intérieur d'une période de douze (12) mois.

AVIS : Voir la règle d'application 1.23.

1.10 Sous réserve de la règle d'application suivante, le supplément pour tonométrie et biomicroscopie est payé lorsque l'une ou l'autre de la tonométrie ou de la biomicroscopie ou les deux sont effectuées dans le cadre d'un examen complet de la vision, dans le cadre d'un examen partiel, dans le cadre d'un examen subséquent, ou dans le cadre d'un examen d'urgence.

AVIS : Voir l'acte codé 9024, à la section 10.6 du présent onglet.

1.11 Lorsqu'un examen subséquent est effectué dans les cent-vingt (120) jours de la dispensation d'un premier examen spécifique, à l'exception de l'examen spécifique d'orthoptique, il est alors rémunéré à 14,50 \$; cependant cette rémunération inclut le supplément pour la tonométrie et la biomicroscopie lorsque requises.

AVIS : Voir l'acte codé 9014, à la section 10.6 du présent onglet.

Tout examen subséquent effectué au-delà du cent-vingtième (120e) jour de la dispensation d'un premier examen spécifique est rémunéré à 13,50 \$, peu importe qu'il soit relié ou non à un examen spécifique antérieur. La tonométrie et la biomicroscopie, lorsque requises lors d'un tel examen subséquent, sont alors rémunérées selon le tarif comme supplément.

AVIS : Voir l'acte codé 9004, à la section 10.6 du présent onglet.

1.12 Dans les cent-vingt (120) jours de la dispensation d'un premier examen spécifique, à l'exception de l'examen spécifique d'orthoptique, l'optométriste ne peut demander plus de quatre (4) examens subséquents, peu importe qu'ils soient consécutifs au premier examen spécifique, à un autre examen spécifique ou à un examen complet de la vision.

1.13 Pour les fins des règles 1.11 et 1.12 ci-dessus, un examen spécifique devient un « premier examen spécifique » à la condition qu'il soit postérieur de cent-vingt (120) jours à un autre examen spécifique.

1.14 Dans les douze (12) mois suivant la réclamation d'un examen spécifique d'orthoptique, un optométriste ne peut réclamer un examen subséquent relié au diagnostic d'une condition traitée par orthoptique ni réclamer le supplément sauf si ce dernier n'est pas relié à une condition traitée par orthoptique.

AVIS : La période d'application relative à l'année civile (réf. : Règle d'application 1.23) ne s'applique pas pour cette règle. La période d'application demeure 12 mois.

1.15 Pour que l'optométriste ait droit à la rémunération de l'examen spécifique d'orthoptique ou de l'examen de contrôle d'orthoptique, le ou les cabinets d'optométrie dans lesquels il exerce et où il doit procéder à l'examen doivent dispenser des traitements d'orthoptique à leur clientèle.

1.16 Malgré le paragraphe « d » de la définition d'un examen spécifique d'orthoptique, l'optométriste aura droit à la rémunération de cet examen même s'il n'établit pas un plan de traitement lorsque le traitement est contre-indiqué ou que le pronostic est défavorable.

1.17 Un seul supplément pour visite à domicile est payable pour tous les services optométriques requis et assurés dispensés lors d'un même déplacement.

1.18 L'optométriste ne peut demander un examen complet pour une personne assurée âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus qui a subi, au cours des douze (12) derniers mois, un tel examen d'un optométriste exerçant au même endroit.

Toutefois, l'optométriste ne peut demander un examen complet pour une personne assurée âgée de 18 ans à 64 ans inclusivement, détenant un carnet de réclamation valide délivré suivant les articles 71 et 71.1 de la Loi sur l'assurance maladie, qui a subi, au cours des vingt-quatre (24) derniers mois, un tel examen d'un optométriste exerçant au même endroit.

AVIS : Voir la règle d'application 1.23.

AVIS : La Régie considère un même endroit comme étant un même lieu physique où sont dispensés des services optométriques. Voir instructions de facturation, section 3.2.5, onglet RÉMUNÉRATION À L'ACTE.

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 ETABLISSEMENT 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.ji). 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 les règles d'application 1.04 et 1.22.</i></p> <p><i>Le code de diagnostic ou le code administratif requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin.</i></p> <p><i>Si aucun des diagnostics tirés de la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) ne peut être utilisé, veuillez utiliser l'un des codes administratifs suivants au lieu du diagnostic :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-coopération de la personne = A00.1 - État physique de la personne = A00.2 - État psychologique de la personne = A00.3 - Transfert de la personne pour prise en charge par un autre professionnel =A00.4 	
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
+9019 Examen d'urgence	12,00
NOTE: L'examen d'urgence est considéré comme un service assuré pour toutes les personnes admissibles au régime d'assurance maladie du Québec.	
# <u>AVIS</u> : Voir la règle d'application 1.22..	
<i>Le code de diagnostic ou le code administratif requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin.</i>	
<i>Si les diagnostics tirés de la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) ne permettent pas de relever le caractère urgent de l'examen, veuillez utiliser l'un des codes administratifs suivants au lieu du diagnostic :</i>	
- Douleur oculaire	= A00.5
- Perte de vision	= A00.6
- Rougeur anormale	= A00.7
- Corps étranger	= A00.8
- Brûlures chimiques	= A00.9
ACTES DIAGNOSTIQUES	
+9005 Étude extensive de la vision des couleurs	10,00
<u>AVIS</u> : 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.).	
Voir les règles d'application 1.05 et 1.23.	
<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>	
Étude des champs visuels :	
9006 Examen du champ visuel central	8,00
# <u>AVIS</u> : Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	
9007 Examen du champ visuel périphérique	8,00
# <u>AVIS</u> : Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	

NOMENCLATURE	TAUX
9009 Adaptométrie	6,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle d'application 1.20.</i>	
<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>	
#	<u>AVIS :</u> <i>Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</i>
9008 Motilité oculaire.	12,00
<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>	
<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>	
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>	
#	<u>AVIS :</u> <i>Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</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>	

10. TARIF D'HONORAIRES

Optométristes

NOMENCLATURE	TAUX
9030 Examen spécifique d'orthoptique	46,00
<u>AVIS :</u> Voir les règles d'application 1.09, 1.14 et 1.23.	
<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>	
+9020 Examen sous dilatation du segment postérieur	12,25
# <u>AVIS :</u> Voir la règle d'application 1.21.	
<i>Un diagnostic de myopie de 5.00 dioptries ou plus ou de diabète traité par médication orale ou par injection d'insuline est obligatoire et doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin.</i>	
<i>Les diagnostics tirés de la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM) ne permettent pas de préciser l'un des critères d'admissibilité exigés pour ce service. Veuillez utiliser l'un des codes administratifs suivants pour tenir lieu du diagnostic :</i>	
- Diabète traité par médication orale = A01.0	
- Diabète traité par injection d'insuline = A01.1	
# <u>AVIS :</u> Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	
9014 * Examen subséquent	14,50
<u>AVIS :</u> Voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 et 1.23.	
<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> Voir la règle d'application 1.17.	
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.	