



MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

MISE À JOUR 32
JUN 2011

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 administrative
Page : [16](#)
- Modification de la Lettre d'entente n° 15 - signature
Page : [81](#)
- Ajout des Lettres d'entente n^{os} 16 et 17
Pages : [82](#) à 85

PERSONNES ASSURÉES

- Insertion de la nouvelle carte et modifications administratives
Pages : [2](#), [4](#) à 6

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification administrative
Page : [6](#)
- Actualisation des calendriers de paiement
Pages : [9](#) et [10](#)
- Nouveaux messages explicatifs n^{os} 431 et 952
Pages : [14](#) et [17](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Actualisation des calendriers de paiement

Pages : [9](#) et [10](#)

- Nouveaux messages explicatifs n^{os} 321 et 324

Page : [14](#)

PAIEMENT AU TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Actualisation des calendriers de paiement

Pages : [9](#) et [10](#)

TARIF D'HONORAIRES

- Modification administrative

Page : [5](#)

- Modification d'un avis

Page : [13](#)

- Ajout d'un avis et changement d'un tarif

Pages : [14](#) et [17](#)

DIAGNOSTICS

- Ajout d'un avis

Page : [2](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Changement administratif

Page : [1](#)

- Modification et ajout de formulaire

Page : [2](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 042/2010-05-26, 072/2010-28, 168/2010-11-15, 190/2010-12-06, 203/2011-01-10, 003/2011-04-05 et 028/2011-04-29.

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
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. ENTENTE	1
CHAPITRE I - DÉFINITIONS ET CLAUSES ORGANIQUES	2
CHAPITRE II - SÉCURITÉ SYNDICALE	3
CHAPITRE III - OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL	5
CHAPITRE IV - MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION	9
CHAPITRE V - DIFFÉREND ET ARBITRAGE	15
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES	18
ANNEXE I AVIS DE DÉSENGAGEMENT, DE RÉENGAGEMENT OU DE NON- PARTICIPATION	21
ANNEXE II TARIF D'HONORAIRES RELATIF AUX SERVICES ASSURÉS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE	22
ANNEXE III CONDITIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET L'APPLICATION DES TARIFS	23
ANNEXE IV TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET AU TARIF HORAIRE	24
ANNEXE V AVANTAGES SOCIAUX	27
ANNEXE VI FORMULE DE DIFFÉREND	68
ANNEXE VII LISTE DES ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS	70
ANNEXE VIII ABROGÉE	71
ANNEXE IX DISPOSITIONS TRANSITOIRES CONCERNANT LES OPTOMÉTRISTES PRÉSENTEMENT À L'EMPLOI D'UN CENTRE DE RÉADAPTATION	72
# LETTRES D'ENTENTE N ^{OS} 1 à 17	74
PROTOCOLE D'ACCORD	1

	<i>Page</i>
2. PERSONNES ASSURÉES	1
2.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES	1
2.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE	1
2.2.1 Description de la carte d'assurance maladie	1
2.2.2 Modèles de carte	2
2.2.3 Vérification de la carte (Validité).	4
2.3 HANDICAPÉ VISUEL	5
2.4 PRESTATAIRES D'UN PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS.	6
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE	1
DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1500</i>) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 2058</i>)	1
3.0 AVANT-PROPOS	1
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1500</i>)	1
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	2
3.2.1 Identité de la personne assurée.	2
3.2.2 Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés	3
3.2.3 Diagnostic et renseignements complémentaires.	4
3.2.4 Services.	6
3.2.5 Établissement	11
3.2.6 Signature de l'optométriste ou de son mandataire	12
3.3 EXPÉDITION.	12
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 2058</i>)	13
4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES	1
DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1216</i>)	1
4.0 AVANT-PROPOS	1
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	2
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
4.3 EXPÉDITION.	16
4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS (<i>annexe V</i>)	17
4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE (<i>annexe V</i>)	17
4.6 TABLEAU DES CONGÉS FÉRIÉS	19
4.7 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (<i>formulaire n° 1944</i>)	20

CHAPITRE V - DIFFÉREND ET ARBITRAGE

ARTICLE 15 : DÉFINITION DU DIFFÉREND

15.01 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation ou à l'application de l'entente ou à la prétendue violation de l'entente.

15.02 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend.

15.03 Nulle décision émanant d'un comité constitué en vertu de l'entente ne peut faire l'objet d'un différend.

15.04 Peut également faire l'objet d'un différend la décision de la Régie arrêtée aux termes de l'alinéa 1 de l'article 22.2 de la Loi.

ARTICLE 16 : PARTIES AU DIFFÉREND OU À L'ARBITRAGE

16.01 Un optométriste, seul ou par l'entremise de l'Association, peut soulever un différend en contestation d'une décision de la Régie, d'un établissement ou du ministre.

L'Association peut aussi, de son propre chef, soulever un différend, sauf dans le cas prévu au paragraphe 13.04.

16.02 La partie contre laquelle est soulevé un différend est réputée mandataire des deux autres parties non mises en cause aux fins de l'obtention de tous renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou d'arbitrage et de l'exécution de la décision du conseil d'arbitrage.

16.03 L'établissement contre lequel est soulevé un différend est représenté par son directeur général ou le délégué nommé à cette fin par son conseil d'administration.

Est imputable à l'établissement l'acte ou la décision :

- a) du conseil d'administration de cet établissement;
- b) d'un organisme relevant de l'autorité du conseil d'administration;
- c) d'un responsable relevant de l'autorité du conseil d'administration.

16.04 Lorsqu'un optométriste a déjà, soit par lui-même ou par l'entremise de l'Association, soulevé un différend, l'Association ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du même optométriste, un différend ayant la même cause et le même objet.

16.05 Le ministre ou l'Association peuvent en tout temps intervenir de leur propre chef dans tout différend.

ARTICLE 17 : PROCÉDURE DE DIFFÉREND

17.01 La partie qui désire soulever un différend doit présenter son différend, par écrit, à la partie en cause dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. Cet écrit doit contenir un exposé sommaire des faits et du redressement réclamé. Dans les trente (30) jours qui suivent la réception du différend, la partie visée au différend donne par écrit sa réponse.

Copie du différend et de la réponse doit être transmise au ministre et à l'Association, à moins qu'ils ne soient parties au différend, dans les délais prévus ci-dessus.

17.02 Si la partie qui soulève le différend n'est pas satisfaite de la réponse de la partie visée au différend ou si aucune réponse ne lui est donnée dans les délais prévus, elle peut référer le différend à l'arbitrage en donnant un avis à l'autre partie, sous pli recommandé, dans les quinze (15) jours suivant le délai prévu à l'étape précédente. L'avis doit mentionner le nom de l'assesseur de la partie qui soulève le différend; copie de l'avis doit être transmise au ministre et à l'Association, à moins qu'ils ne soient parties au différend.

Dans les quinze (15) jours qui suivent, l'autre partie procède également à la nomination de son assesseur et en informe par écrit la partie qui soulève le différend et également le ministre et l'Association, à moins qu'ils ne soient parties au différend.

17.03 Un différend doit être présenté selon la formule apparaissant à l'annexe VI; à défaut, il comporte les renseignements essentiels permettant de saisir le sens et la portée du différend soumis ainsi que l'identité de la partie qu'il vise.

17.04 Nonobstant le paragraphe 16.02, tout règlement intervenu entre le ministre et l'Association en regard d'un différend soumis en vertu du présent chapitre est final et lie les parties au différend ou à l'arbitrage.

17.05 L'Association peut déroger à la procédure prévue au paragraphe 17.01 et référer directement un différend à l'arbitrage selon la procédure prévue au paragraphe 17.02. En ce cas, la présentation de la demande d'arbitrage doit être faite dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. La partie visée au différend dispose d'un délai de quinze (15) jours pour la nomination de son assesseur.

17.06 Les délais de présentation prévus aux paragraphes 17.01 et 17.05 sont de rigueur. L'inobservance du délai de quinze (15) jours prévu aux paragraphes 17.02 et 17.05 n'entraîne pas le rejet du différend si le conseil d'arbitrage décide qu'il n'est pas indu.

ARTICLE 18 : REDRESSEMENT

18.01 L'optométriste qui soulève un différend, seul ou par l'entremise de l'Association, ne peut réclamer un redressement que pour son propre bénéfice.

18.02 L'Association qui soulève un différend de son propre chef peut réclamer tout redressement pour elle-même, pour un ou plusieurs optométristes ou pour l'ensemble des optométristes.

ARTICLE 19 : ARBITRAGE

19.01 Le conseil d'arbitrage est composé d'un arbitre et de deux assessseurs.

Chacune des parties au différend désigne son assesseur.

19.02 Dans les 15 jours qui suivent le référé à l'arbitrage, les assessseurs ou, à défaut, les parties au différend désignent un arbitre parmi ceux dont les noms suivent :

Monsieur Serge Brault, avocat
Monsieur Jean-Pierre Lussier, avocat
Monsieur André Sylvestre, avocat

Cet arbitre agit comme arbitre unique assisté d'assesseurs.

#

LETTRÉ D'ENTENTE N° 15**CONCERNANT UN MÉCANISME D'AJUSTEMENT DU TARIF APPLICABLE À L'EXAMEN SOUS DILATATION DU SEGMENT POSTÉRIEUR**

Dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement jusqu'au 31 mars 2010 de l'entente générale, une dépense de 1,488 M\$ pour l'année 2009-2010, est affectée à la rémunération d'un nouvel acte assuré soit, l'examen sous dilatation du segment postérieur.

Pour la période allant du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010, les parties conviennent que sur la base de données réelles établies par la Régie en septembre 2010, les coûts découlant de la mise en oeuvre de ce nouvel acte feront l'objet d'une évaluation par les parties.

En cas de non-atteinte de la dépense prévue en 2009-2010, le tarif de l'examen sous dilatation du segment postérieur fera l'objet d'un ajustement pouvant aller jusqu'à un maximum de 14,50 \$. Le calcul de la majoration du tarif se fera sur la base du montant de la non-atteinte divisée par le nombre de cet acte qui a été facturé à la Régie durant l'année 2009-2010. S'il y a lieu de procéder à un ajustement à la hausse du tarif de l'examen sous dilatation du segment postérieur, cet ajustement rétroagira au 1^{er} avril 2009 et les modalités de versement du forfaitaire pour combler cet écart seront déterminées par les parties, le cas échéant. Le versement forfaitaire ne serait toutefois pas sujet à l'application du plafond trimestriel prévu au paragraphe 5.1 de l'Annexe III de l'entente-cadre.

Advenant une non-atteinte de la dépense prévue en 2009-2010 à la suite de l'ajustement du tarif de cet acte au montant de 14,50 \$, celle-ci sera réaffectée de manière non récurrente selon des modalités à convenir entre les parties.

Advenant un dépassement de la dépense prévue en 2009-2010, le montant du dépassement constaté pour cette période devra être épongé à même les paramètres salariaux prévus dans le cadre du renouvellement de l'entente-cadre débutant le 1^{er} avril 2010. De plus, le tarif de l'examen sous dilatation du segment postérieur sera réajusté à la baisse à compter du 1^{er} décembre 2010. Sans être inférieur à 10,00 \$, le tarif applicable à cette date correspondra au quotient de 1,488 M\$ et du nombre d'actes facturés pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.

Pour la période du 1^{er} avril 2010 au 30 novembre 2010, si un dépassement est constaté en 2009-2010, le montant total de dépassement par acte multiplié par le nombre d'actes facturés à la Régie durant la période comprise entre le 1^{er} avril 2010 et le 30 novembre 2010, devra être épongé à même les paramètres salariaux prévus dans le cadre du renouvellement de l'entente-cadre débutant le 1^{er} avril 2010. Aux fins du calcul prévu par le présent alinéa, le montant d'écart servant au calcul du dépassement à éponger ne peut excéder la somme maximale de 2,25 \$ par acte facturé pour cette période.

La garantie de la dépense de 1,488 M\$ n'est applicable qu'à l'année budgétaire 2009-2010 et elle ne saurait subsister en raison de la prolongation de l'entente-cadre au-delà du 31 mars 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de novembre 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

STEVEN CARRIER

Président
Association des optométristes
du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 16**CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 15**

CONSIDÉRANT QUE dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement jusqu'au 31 mars 2010 de l'entente générale, les parties ont convenu dans le cadre de la lettre d'entente n° 15 d'affecter une dépense de 1,488 M\$ pour l'année 2009-2010, pour rémunérer l'examen sous dilatation du segment postérieur;

CONSIDÉRANT QU'AUX termes de la Lettre d'entente n° 15 la garantie de la dépense de 1,488 M\$ n'est applicable qu'à l'année budgétaire 2009-2010 et qu'elle ne saurait subsister en raison de la prolongation de l'entente-cadre au-delà du 31 mars 2010;

CONSIDÉRANT QUE les modifications requises au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c, A-29, r. 1) afin que l'examen sous dilatation du segment postérieur soit reconnu comme étant un service assuré sont entrées en vigueur le 10 septembre 2009;

CONSIDÉRANT QUE durant la période comprise entre le 1^{er} avril 2009 et le 9 septembre 2009, l'examen sous dilatation du segment postérieur n'a pu être facturé par les optométristes et ce n'est que depuis le 10 septembre 2009 que ce nouveau service assuré peut faire l'objet de facturation à la Régie et qu'en conséquence il y a lieu de verser dès maintenant un forfaitaire sur la base de la non-atteinte de la dépense pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2009 et le 9 septembre 2009;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1.01 Pour la période allant du 1^{er} avril 2009 au 9 septembre 2009, sur la base de la non-atteinte de la dépense pour cette période établie au montant de 660 400 \$, la Régie versera, dans les trente jours suivants l'approbation du Conseil du Trésor, à chaque optométriste ayant facturé la Régie, un forfaitaire calculé au prorata des honoraires versés pour les services rendus durant la période visée par la présente disposition.

Toutefois, le calcul du forfaitaire à verser aux optométristes hors échelle pour les services rendus durant cette période se fera, selon le cas, en limitant leur rémunération à celle qu'ils auraient eue en appliquant le maximum de l'échelle de rémunération applicable à l'optométriste à honoraires fixes ou à tarif horaire. Aux fins du calcul du forfaitaire, le montant total des honoraires versés aux optométristes pour la période du 1^{er} avril 2009 au 9 septembre 2009 doit être ajusté à la baisse afin de refléter cette limitation de rémunération des optométristes hors échelle.

1.02. Les forfaitaires ainsi versés ne sont pas sujets à l'application du plafond trimestriel prévu au paragraphe 5.1 de l'annexe III de l'entente-cadre.

1.03. Le versement de la non-atteinte de la dépense prévue durant la période du 1^{er} avril 2009 au 9 septembre 2009 ne donne lieu à aucun ajustement du tarif fixé pour cet acte durant la période susmentionnée.

1.04. En raison du forfaitaire versé en vertu de la présente Lettre d'entente, la garantie de la dépense au montant de 1,488 M\$ prévu dans le cadre de la Lettre d'entente n° 15 s'élève maintenant à 827 600 \$ et celle-ci ne saurait subsister en raison de la prolongation de l'entente-cadre au delà du 31 mars 2010.

1.05. Pour la période allant du 10 septembre 2009 au 31 mars 2010, en faisant les adaptations nécessaires, les dispositions de la Lettre d'entente n^o 15 s'appliquent en cas de non-atteinte ou de dépassement de la dépense prévue durant cette période.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^e jour de mai 2011.

DOCTEUR YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

STEVEN CARRIER

Président
Association des optométristes
du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 17**CONCERNANT LA CRÉATION D'UN COMITÉ CONJOINT SUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES OPTOMÉTRIQUES**

CONSIDÉRANT QUE les parties ont convenu des lettres d'entente n° 15 et n° 16 concernant l'introduction d'un nouvel acte assuré dans le cadre du régime d'assurance maladie, l'examen sous dilatation du segment postérieur, et ce, afin d'améliorer l'accessibilité aux services optométriques;

CONSIDÉRANT QUE selon les termes des lettres d'entente n° 15 et n° 16, une dépense de 1,488 M\$ était prévue pour la rémunération de ce nouvel acte pour l'année 2009-2010;

CONSIDÉRANT QUE la dépense de 1,488 M\$ prévue pour l'année 2009-2010 était garantie et que tout solde doit dans un premier temps servir à l'augmentation du tarif de l'examen sous dilatation du segment postérieur jusqu'à concurrence de 14,50 \$;

CONSIDÉRANT QU'À la suite de cette augmentation du tarif, un montant de 681 020 \$ demeure disponible et doit être réaffecté de manière non récurrente selon les modalités à convenir entre les parties;

CONSIDÉRANT QUE l'accessibilité aux services optométriques demeure au coeur des préoccupations des parties;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. De réserver le montant de 681 020 \$, correspondant à la somme non utilisée qui était réservée pour l'année 2009-2010 aux fins de la rémunération de l'examen sous dilatation du segment postérieur, afin de mettre en place différentes mesures de rémunération qui auront comme objectifs d'améliorer l'accessibilité aux différents services optométriques.

2. De former un comité conjoint, composé de trois représentants de l'Association des optométristes du Québec et de trois représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, afin d'analyser diverses problématiques au niveau de l'accessibilité aux services optométriques.

Le comité se penchera notamment sur la question du dépistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge et à sa prévention ainsi que sur toutes autres problématiques en basse vision, liées au diabète ou au traitement de certaines pathologies oculaires. De plus, les représentants du comité participeront, dans les 90 jours de la signature de la présente, à la mise à jour des protocoles d'Info-Santé qui touchent les problématiques oculaires.

Au besoin, un représentant de la Régie de l'assurance maladie du Québec pourra participer aux travaux de ce comité.

3. Le comité soumettra, dans les six mois de la signature de la présente, ses recommandations aux parties négociantes quant aux modalités de rémunération à mettre en place afin d'améliorer l'accessibilité aux services optométriques face aux problématiques soulevées.

4. Il devra également identifier les objectifs à atteindre en termes d'accessibilité que devraient amener les nouvelles modalités de rémunération. De plus, il devra convenir de la méthodologie à utiliser afin de mesurer adéquatement le degré d'atteinte de ces objectifs.

5. À la suite de la mise en oeuvre des modalités de rémunération, le comité devra suivre périodiquement l'évolution de la dépense reliée à ces nouvelles modalités, mesurer l'atteinte des objectifs identifiés et juger de la pertinence de prolonger l'application de ces modalités de rémunération. Le comité doit périodiquement faire rapport et émettre ses recommandations aux parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4^e jour de avril 2011.

DOCTEUR YVES BOLDOC

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

STEVEN CARRIER

Président
Association des optométristes
du Québec

2. PERSONNES ASSURÉES

(Programme des services optométriques)

2.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES

- **Personne assurée** : personne qui réside ou est réputée résider au Québec et qui est dûment inscrite à la Régie; pour l'application du programme, elle doit être âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus.
- **Handicapé visuel** : personne qui réside au Québec, qui après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4 dioptries, a une acuité visuelle de chaque oeil inférieure à 6/21, ou dont le champ de vision de chaque oeil est inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90°, et qui, dans l'un ou l'autre cas, est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familial. (voir le Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* (c.A-29, r.0.02.1) (voir **2.3**).
- **Prestataire d'un programme d'aide** : personne détenant un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant les articles 71 ou 71.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*; pour l'application du programme, la personne doit être âgée de 18 ans et plus ou de moins de 65 ans et doit détenir un carnet de réclamation depuis au moins 12 mois consécutifs.
- **Autre** : personne de 18 à 64 ans inclusivement, détenant une carte d'assurance maladie valide, à qui l'optométriste fournit un examen partiel (9002) et son supplément (9024) lorsque requis, conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

2.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE

Pour bénéficier des différents services ou programmes de la Régie, toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec doit présenter une carte d'assurance maladie **valide**.

2.2.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Le numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères)
2. Le prénom usuel et le nom de famille à la naissance
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative)
4. Numéro de séquence de la carte
5. La date d'expiration de la carte
6. La date de naissance et le sexe de la personne assurée
7. Photographie/signature (facultatif - Voir **2.2.2**)
8. Hologramme

2.2.2 Modèles de carte

Différents modèles de carte avec hologramme peuvent être présentés. Il est important de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

Remarque : Veuillez noter que depuis le 11 janvier 2010, les cartes comportant un code à barres seront produites au fil des inscriptions à l'assurance maladie et des renouvellements de cartes. D'ici quatre ans, toutes les cartes afficheront donc ce nouvel élément visuel.

a) **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**



Cette carte est émise lors d'un renouvellement pour la plupart des personnes assurées.

b) **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**



Cette carte est émise dans les cas suivants :

- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus
- Personne assurée hébergée en établissement
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour raison d'ordre médical

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le carré blanc prévu pour la photo. La signature est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa photo pour raison d'ordre médical.

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



Cette carte porte la mention EXEMPTÉ dans le rectangle blanc prévu pour la signature, la photo est présente, mais la personne assurée est exemptée de l'obligation de fournir sa signature pour raison d'ordre médical.

2.2.3 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

Quel que soit le modèle de carte présenté, celle-ci doit être **valide**

1- Vérification de la photo et la signature, s'il y a lieu

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. Dans le cas contraire, la personne doit payer les honoraires au professionnel et celui-ci ne doit pas remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 2058*.

2- Vérification de la date d'expiration

- a) *Si la date d'expiration est postérieure à la date des services*

Utiliser l'imprimante à carte qui permet de transcrire, sur la demande de paiement, tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte d'assurance maladie. À défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire manuellement les renseignements.

- b) *Si la date d'expiration est antérieure à la date des services*

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée n° 1800* et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

*LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :***1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :**

- a) *L'enfant est âgé de moins d'un an;*

Tous les enfants âgés de moins d'un an (généralités) :

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);

- Exception: Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**

- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case C.S., **(même s'il s'agit d'un cas d'urgence);**

- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère: prénom, nom, sexe et si disponible, la date de naissance;

- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* **(ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).**

Naissances multiples :

Remplir une demande de paiement par enfant. Dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, indiquer « Jumeau A » pour le premier-né, « Jumeau B » pour le second, etc. L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser.

b) La personne assurée 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 complets, ne pas inscrire les initiales, 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 codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) 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 complets, ne pas inscrire les initiales, 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 complets, ne pas inscrire les initiales, 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

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours détiennent un carnet de réclamation (comportant deux volets) qui leur donne droit aux services optométriques assurés. Ils doivent le présenter à l'optométriste chaque fois qu'ils reçoivent un tel service.

Le volet de gauche du carnet identifie le prestataire (nom et prénom, adresse), son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères) et la période de validité du carnet.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les informations suivantes :

- La période de validité : La période de validité détermine si la personne est admissible au programme à la date du service;
- La case *Message* : le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie » dans la case *Message* (s'applique aux revendicateurs du statut de réfugié):
 - Si la mention est présente, vérifier la validité de la carte d'assurance maladie:
 - Valide : Remplir une demande de paiement pour le service rendu.
 - Non valide : La Régie ne paie pas le coût des services.
 - Si la mention n'est pas présente, remplir une demande de paiement pour le service rendu.

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 numéro d'assurance maladie de la personne recevant le bien ou le service doit figurer sur ce volet.

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

Remarque : Il est important de vérifier si le prestataire, détenteur d'un carnet de réclamation, est soumis au délai de carence de 12 mois consécutifs: dans ce cas, la mention « À COMPTER DU AA-MM-JJ » figure dans la section *Référence* de son carnet.

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 : Inscire 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.

Attention de bien inscrire la date du service rendu et non pas la date du jour où vous effectuez votre refacturation. Si vous éprouvez des difficultés à ce sujet avec votre logiciel de facturation, veuillez contacter votre développeur de logiciel.

- 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 *Demande de révision n° 1549* (voir onglet *Manuel et formulaires*).

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

7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2010)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - REMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER '19							FÉVRIER '20							MARS '23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)					1	2	(6)	32	33	34	35	37		(16)	60	61	62	63	65	
(2)	4	5	6	7	8	9	(7)	39	●	41	42	43	44	(11)	67	●	69	70	71	72
(3)	11	●	13	14	15	16	(8)	46	47	48	49	51		(12)	74	75	76	77	79	79
(4)	18	19	20	21	22	23	(9)	53	●	55	56	57	58	(13)	81	●	83	84	85	86
(5)	25	●	27	28	29	30	(10)	28						(14)	88	89	90			
(1)	25	26	27	28	29	30								(15)	28	29	30	31		

AVRIL '20							MAI '20							JUIN '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				1	2	3	(18)					1		(23)		●	153	154	155	156
(15)	95	●	97	98	99	100	(19)	123	●	125	126	127	128	(24)	158	159	160	161	163	
(16)	102	103	104	105	107		(20)	130	131	132	133	135		(25)	165	●	167	168	169	170
(17)	109	●	111	112	113	114	(21)	137	●	139	140	141	142	(26)	172	173	174	175	177	
(18)	119	120	21	22	23	24	(22)	144	145	146	147	149		(27)	179	●	181			
(19)	116	117	118	119			(23)	23	24					(28)	28	29	30			
(20)	25	26	27	28	29	30	(30)	30	31					(29)	27	28	29	30		

JUILLET '21							AOÛT '22							SEPTEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)				1	2	3	(32)	214	215	216	217	219		(36)				244	245	247
(28)	186	187	188	189	191		(33)	221	●	223	224	225	226	(37)	249	●	251	252	253	254
(29)	193	●	195	196	197	198	(34)	228	229	230	231	233		(38)	256	257	258	259	261	
(30)	200	201	202	203	205		(35)	235	●	237	238	239	240	(39)	263	●	265	266	267	268
(31)	207	●	209	210	211	212	(36)	242	243					(40)	270	271	272	273		
(1)	25	26	27	28	29	30	(1)	29	30	31				(1)	26	27	28	29	30	

OCTOBRE '20							NOVEMBRE '22							DÉCEMBRE '19							
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)				1	2		(45)	305	●	307	308	309	310	(49)				1	2	3	4
(41)	277	●	279	280	281	282	(46)	312	313	314	315	317		(50)	340	341	342	343	345		
(42)	284	285	286	287	289		(47)	319	●	321	322	323	324	(51)	347	●	349	350	351	352	
(43)	291	●	293	294	295	296	(48)	326	327	328	329	331		(52)	354	355	356	357	359		
(44)	298	299	300	301	303		(49)	333	●					(53)	361	●	363	364	365		
(1)	24						(1)	28	29	30				(1)	26	27	28	29	30	31	
(2)	31	25	26	27	28	29	30														

T096 262 6071

() - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

*NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DE PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)1						1
(2)	3	4	5	6	7	8
(5)	10	11	12	13	14	15
(4)	17	18	19	20	21	22
(5)	24	25	26	27	28	29
23	30	31				

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)		1	2	3	4	5
(7)	38	39	40	41	42	43
(8)	45	46	47	48	49	50
(9)	52	53	54	55	56	57
(10)	59					
27	28	29	30			

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)		1	2	3	4	5
(11)	66	67	68	69	70	71
(12)	72	73	74	75	76	77
(13)	80	81	82	83	84	85
(14)	87	88	89	90		
27	28	29	30	31		

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)					1	2
(15)	94	95	96	97	98	99
(16)	101	102	103	104	105	106
(17)	108	109	110	111	112	113
(18)	115	116	117	118	119	120
24	25	26	27	28	29	30

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	123	124	125	126	127
(20)	129	130	131	132	133	134
(21)	136	137	138	139	140	141
(22)	143	144	145	146	147	148
(23)	150					
29	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)		152	153	154	155	156
(24)	157	158	159	160	161	162
(25)	164	165	166	167	168	169
(26)	171	172	173	174	175	176
(27)	178	179	180	181		
26	27	28	29	30		

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
(28)	185	186	187	188	189	190
(29)	192	193	194	195	196	197
(30)	199	200	201	202	203	204
(31)	206	207	208	209	210	211
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	217	218
(33)	220	221	222	223	224	225
(34)	227	228	229	230	231	232
(35)	234	235	236	237	238	239
(36)	241	242	243			
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)					244	245
(37)	248	249	250	251	252	253
(38)	256	257	258	259	260	261
(39)	262	263	264	265	266	267
(40)	269	270	271	272		
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						1
(41)	276	277	278	279	280	281
(42)	283	284	285	286	287	288
(43)	290	291	292	293	294	295
(44)	297	298	299	300	301	302
23	24	25	26	27	28	29

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						1
(46)	311	312	313	314	315	316
(47)	318	319	320	321	322	323
(48)	325	326	327	328	329	330
(49)	332	333				
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						1
(50)	339	340	341	342	343	344
(51)	346	347	348	349	350	351
(52)	353	354	355	356	357	358
(53)	360	361	362	363	364	365
25	26	27	28	29	30	31

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

7085 200 (01/11)

- 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.
- # 431** Le prestataire est un revendicateur du statut de réfugié dont le carnet de réclamation porte la mention « Carte d'assurance maladie requise ». La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services. Les services peuvent être réclamés par le biais du *Programme fédéral de santé intérimaire* (PFSI), s'il y a lieu.
- 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.

- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie, qui figure sur votre demande de paiement, ne comporte pas sept chiffres ou est erroné (voir la section 3.2.2, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). (*)
- 941** Le code de l'établissement ou de cabinet d'optométrie qui figure sur votre demande de paiement doit comporter cinq chiffres (voir la section 3.2.5, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). (*)
- 943** La date des services est absente, incomplète ou erronée (voir la section 3.2.4.1, sous l'onglet « Rémunération à l'acte »). (*)
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. (*)
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié pour faire suite à une étude du service des Enquêtes.
- # **952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le Service des profils de pratique.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce qu'elle doit fournir les renseignements manquants.
- 997** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes; les erreurs identifiées ont été inscrites à la section RÉGLEMENT du rapport « retour d'erreurs » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

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

8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2010)

Règle de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2010

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)					1	2
(2)	4	●	6	7	8	9
(3)	11	12	13	14	15	16
(4)	18	●	20	21	22	23
(5)	25	26	27	28	30	
(6)	31					

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	●	34	35	36	37
(7)	38	40	41	42	44	
(8)	46	●	48	49	50	51
(9)	53	54	55	56	58	
(10)	28					

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	60	●	62	63	64	65
(11)	67	68	69	70	72	
(12)	74	●	76	77	78	79
(13)	81	82	83	84	85	
(14)	88	●	90			
(15)	28	29	30	31		

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)			91	92	93	
(15)	95	96	97	98	100	
(16)	102	●	104	105	106	107
(17)	109	110	111	112	114	
(18)	116	●	118	119	120	
(19)	25	26	27	28	29	30

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)						121
(19)	123	124	125	126	128	
(20)	130	●	132	133	134	135
(21)	137	138	139	140	142	
(22)	144	●	146	147	148	149
(23)	23	24				
(24)	30	31				

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)		152	153	154	156	
(24)	158	●	160	161	162	163
(25)	165	166	167	168	170	
(26)	172	●	174	175	176	177
(27)	179	180	181			
(28)	27	28	29	30		

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)			182	184		
(28)	186	●	188	189	190	191
(29)	193	194	195	196	198	
(30)	200	●	202	203	204	205
(31)	207	208	209	210	212	
(1)	25	26	27	28	29	30

AOÛT *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	●	216	217	218	219
(33)	221	222	223	224	226	
(34)	228	●	230	231	232	233
(35)	236	237	238	240		
(36)	242	●				
(37)	29	30	31			

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(38)			244	245	246	247
(39)	249	250	251	252	254	
(40)	256	●	258	259	260	261
(41)	263	264	265	266	268	
(42)	270	●	272	273		
(43)	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	2
(41)	277	278	279	280	282	
(42)	284	●	286	287	288	289
(43)	291	292	293	294	296	
(44)	298	●	300	301	302	303
(45)	304	305	306	307	308	309

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	312	●	314	315	316	317
(47)	319	320	321	322	324	
(48)	326	●	328	329	330	331
(49)	333	334				
(50)	28	29	30			

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)			335	336	338	
(50)	340	●	342	343	344	345
(51)	347	348	349	350	352	
(52)	354	●	356	357	358	359
(53)	361	362	363	364		
(54)	26	27	28	29	30	31

7898 2002 00171

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIÉ

2011

JANVIER *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(83/1)						1
(2)	3	●	5	6	7	8
	2	3	4	5	6	7
(3)	10	11	12	13	14	15
	9	10	11	12	13	14
(4)	17	●	19	20	21	22
	16	17	18	19	20	21
(5)	24	25	26	27	28	29
	23	24	25	26	27	28
(6)	30	31				
	29	30	31			

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)			●	33	34	35
(7)	38	39	40	41	42	43
	1	2	3	4	5	
(8)	45	●	47	48	49	50
	13	14	15	16	17	18
(9)	52	53	54	55	56	57
	20	21	22	23	24	25
(10)	59					
	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)			●	61	62	63
(11)	66	67	68	69	70	71
	1	2	3	4	5	
(12)	73	●	75	76	77	78
	13	14	15	16	17	18
(13)	80	81	82	83	84	85
	20	21	22	23	24	25
(14)	87	●	89	90		
	27	28	29	30	31	

AVRIL *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)					1	2
(15)	94	95	96	97	98	99
	3	4	5	6	7	8
(16)	101	●	103	104	105	106
	10	11	12	13	14	15
(17)	108	109	110	111	112	113
	17	18	19	20	21	22
(18)	115	●	117	118	119	120
	24	25	26	27	28	29
	23	24	25	26	27	28

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	123	124	125	127	127
	1	2	3	4	5	6
(20)	129	●	131	132	133	134
	8	9	10	11	12	13
(21)	136	137	138	139	141	141
	15	16	17	18	19	20
(22)	143	●	145	146	147	148
	22	23	24	25	26	27
(23)	150	151				
	29	30	31			

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)				152	153	155
			1	2	3	4
(24)	157	●	159	160	161	162
	5	6	7	8	9	10
(25)	164	165	166	167	169	169
	12	13	14	15	16	17
(26)	171	●	173	174	175	176
	19	20	21	22	23	24
(27)	178	179	180	181		
	26	27	28	29	30	

JUILLET *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)					1	2
(28)	185	●	187	188	189	190
	3	4	5	6	7	8
(29)	192	193	194	195	197	197
	10	11	12	13	14	15
(30)	199	●	201	202	203	204
	17	18	19	20	21	22
(31)	206	207	208	209	211	211
	24	25	26	27	28	29
	31	25	26	27	28	29

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	●	215	216	217	218
	1	2	3	4	5	6
(33)	220	221	222	223	225	225
	7	8	9	10	11	12
(34)	227	●	229	230	231	232
	14	15	16	17	18	19
(35)	234	235	236	237	239	239
	21	22	23	24	25	26
(36)	241	●	243			
	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				244	245	246
			1	2	3	
(37)	248	249	250	251	253	253
	4	5	6	7	8	9
(38)	253	●	257	258	259	260
	11	12	13	14	15	16
(39)	262	263	264	265	267	267
	18	19	20	21	22	23
(40)	269	●	271	272	273	
	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						1
(41)	276	277	278	279	281	281
	2	3	4	5	6	7
(42)	283	●	285	286	287	288
	9	10	11	12	13	14
(43)	290	291	292	293	295	295
	16	17	18	19	20	21
(44)	297	●	299	300	301	302
	23	24	25	26	27	28
(45)	303	304				
	30	31	25	26	27	28

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)			305	306	307	309
			1	2	3	4
(46)	311	●	313	314	315	316
	6	7	8	9	10	11
(47)	318	319	320	321	323	323
	13	14	15	16	17	18
(48)	325	●	327	328	329	330
	20	21	22	23	24	25
(49)	332	333	334			
	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)				335	335	337
				1	2	3
(50)	339	●	341	342	343	344
	4	5	6	7	8	9
(51)	348	347	348	349	351	351
	11	12	13	14	15	16
(52)	353	●	355	356	357	358
	18	19	20	21	22	23
(53)	360	361	362	363	365	365
	25	26	27	28	29	30

7065 202 09/11

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRIABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

- 083** Code de congé modifié pour un code 72 parce que vous êtes en période de réadaptation.
- 085** La prestation d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte du traitement calculé et des heures travaillées et/ou de la remise de temps et/ou des autres congés.
- 086** Code de congé modifié pour code 71 parce que votre période d'invalidité est égale ou supérieure à 5 jours.
- 088** La période de réadaptation est limitée à trois (3) mois consécutifs.
- 092** Un congé férié ne peut être rémunéré pendant une période d'invalidité qui excède douze (12) mois.
- 095** Le montant déclaré en assurance invalidité est incomplet ou illisible.
- 096** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour adoption (code 25).
- 097** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période de congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité (code 12).
- 098** Votre congé spécial pour le résiduel d'un congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 100** Ce code de congé ne peut être facturé. L'utilisation de ce code est réservée à la Régie.
- 101** Ce type de congé peut être facturé uniquement pour les jours ouvrables.
- 103** La valeur du jour de congé est non valide. Les valeurs possibles sont 1.00 et 0.50.
- 104** Le maximum de jours de congé par semaine pouvant être facturé est dépassé (maximum = 5 jours).
- 105** Données relatives au code de congé ou à la durée du congé absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 106** La durée du congé réclamé a été ajustée pour tenir compte des heures travaillées, facturées pour une même date de service.
- 107** Les heures supplémentaires en remise de temps doivent être facturées dans la section des heures supplémentaires.
- 120** Code de congé modifié pour celui du congé férié, conformément à votre entente.
- 130** Vous n'avez pas de crédit disponible pour ce type de congé.
- 200** Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances reportés sont épuisés.
- 201** Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances accumulés sont épuisés.

- 205** Codes de congés refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de vacances sont épuisés.
- 250** Codes de congés de perfectionnement (09) modifiés pour des codes de perfectionnement reportés (11) parce que les crédits sont épuisés.
- # 321** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 322** Le code d'activité inscrit n'est pas prévu à votre contrat ou à votre avis de service.
- # 324** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 325** Les données relatives à l'activité facturée, soit la plage horaire, le code d'activité ou les heures travaillées, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 450** Le maximum d'heures pouvant être facturées dans la plage horaire est dépassé. Nous avons donc ajusté les heures en fonction du maximum applicable.
- 500** La date de début du congé pour période continue et prolongée est non valide en fonction de la période de facturation. Veuillez refacturer.
- 501** Les données relatives au congé pour période continue et prolongée, soit la date de début, la date de fin, le code de congé ou la durée, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 506** Durée du congé pour période continue et prolongée modifiée selon les dates de début et de fin.
- 507** Facturation non retenue parce que votre demande pour une période continue et prolongée est considérée.
- 510** Votre congé en période continue et prolongée a été modifié pour tenir compte de votre nouvelle facturation.
- 511** Le code de congé réclamé n'est pas permis en période continue et prolongée.
- 512** Il s'agit de la dernière demande de paiement générée puisque la date de fin de votre facturation en période continue et prolongée est atteinte.
- 513** Facturation non retenue afin de la rendre conforme à la modification de votre congé en période continue et prolongée.
- 514** La facturation de votre congé en période continue et prolongée a été modifiée pour la rendre conforme aux dispositions stipulées à votre entente.
- 515** Paiement refusé parce que vous n'êtes pas admissible à ce congé.
- 671** Non permis par votre entente.
- 676** Votre congé est refusé puisqu'aucune précision additionnelle nécessaire à l'évaluation de votre demande n'a été fournie.
- 677** Le maximum de jours payables pour ce type de congé est atteint.
- 700** Le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.

9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2010)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2010

JANVIER '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(1)				1	2	
				1	2	
(2)	4	5	6	7	8	9
3	4	5	6	7	8	9
(3)	11	●	13	14	15	16
	11	●	13	14	15	16
(4)	18	19	20	21	22	23
10	11	12	13	14	15	16
(5)	25	●	27	28	29	30
24	25	●	27	28	29	30
31	25	26	27	28	29	30

FÉVRIER '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)	32	33	34	35	37	
	1	2	3	4	5	6
(7)	39	●	41	42	43	44
7	8	9	10	11	12	13
(8)	46	47	48	49	51	
	46	47	48	49	51	
(9)	53	●	55	56	57	58
14	15	16	17	18	19	20
(10)	23	24	25	26	27	
28	23	24	25	26	27	

MARS '23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)	60	61	62	63	65	66
	1	2	3	4	5	6
(11)	67	●	69	70	71	72
7	8	9	10	11	12	13
(12)	74	75	76	77	79	
	74	75	76	77	79	
(13)	81	●	83	84	85	86
14	15	16	17	18	19	20
(14)	88	89	90			
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AVRIL '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)				1	2	3
				1	2	3
(15)	95	●	97	98	99	100
4	5	6	7	8	9	10
(16)	102	103	104	105	107	
	102	103	104	105	107	
(17)	109	●	111	112	113	114
11	12	13	14	15	16	17
(18)	118	119	120	121	122	123
18	19	20	21	22	23	24
(19)	116	117	118	119		
25	26	27	28	29	30	

MAI '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)						1
						1
(19)	123	●	125	126	127	128
2	3	4	5	6	7	8
(20)	130	131	132	133	135	
	130	131	132	133	135	
(21)	137	●	139	140	141	142
9	10	11	12	13	14	15
(22)	144	145	146	147	149	
16	17	18	19	20	21	22
(23)	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUIN '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)						1
						1
(24)	158	159	160	161	163	
6	7	8	9	10	11	12
(25)	165	●	167	168	169	170
	165	●	167	168	169	170
(26)	172	173	174	175	177	
13	14	15	16	17	18	19
(27)	179	●	181			
20	21	22	23	24	25	26
(28)	186	187	188	189	191	
27	28	29	30			

JUILLET '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)				182	183	184
				1	2	3
(28)	186	187	188	189	191	
4	5	6	7	8	9	10
(29)	193	●	195	196	197	198
	193	●	195	196	197	198
(30)	200	201	202	203	205	
11	12	13	14	15	16	17
(31)	207	●	209	210	211	212
18	19	20	21	22	23	24
(32)	219	220	221	222	223	224
25	26	27	28	29	30	31

AOÛT '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	214	215	216	217	219	
	1	2	3	4	5	6
(33)	221	●	223	224	225	226
8	9	10	11	12	13	14
(34)	229	229	230	231	233	
	229	229	230	231	233	
(35)	235	●	237	238	239	240
15	16	17	18	19	20	21
(36)	242	243				
22	23	24	25	26	27	28
(37)	249	250	251	252	253	254
29	30	31				

SEPTEMBRE '21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)				244	245	247
				1	2	3
(37)	249	●	251	252	253	254
5	6	7	8	9	10	11
(38)	256	257	258	259	261	
	256	257	258	259	261	
(39)	263	●	265	266	267	268
12	13	14	15	16	17	18
(40)	270	271	272	273		
19	20	21	22	23	24	25
(41)	277	278	279	280	281	282
26	27	28	29	30		

OCTOBRE '20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)					1	2
					1	2
(41)	277	●	279	280	281	282
3	4	5	6	7	8	9
(42)	284	285	286	287	289	
	284	285	286	287	289	
(43)	291	●	293	294	295	296
10	11	12	13	14	15	16
(44)	298	299	300	301	303	
17	18	19	20	21	22	23
(45)	305	306	307	308	309	310
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOVEMBRE '22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)	305	●	307	308	309	310
	1	2	3	4	5	6
(46)	312	313	314	315	317	
7	8	9	10	11	12	13
(47)	319	●	321	322	323	324
	319	●	321	322	323	324
(48)	326	327	328	329	331	
14	15	16	17	18	19	20
(49)	333	●				
21	22	23	24	25	26	27
(50)	340	341	342	343	345	
28	29	30				

DÉCEMBRE '19						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						1
						1
(50)	340	341	342	343	345	
5	6	7	8	9	10	11
(51)	347	●	349	350	351	352
	347	●	349	350	351	352
(52)	354	355	356	357	359	
12	13	14	15	16	17	18
(53)	361	●	363	364	365	
19	20	21	22	23	24	25
(54)	368	369	370	371	373	
26	27	28	29	30	31	

7095 202 0911

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2011)



PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
 SERVICE DE LABORATOIRES EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
 HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2011

JANVIER '19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(53/1)						1
	2	3	4	5	6	8
(3)	9	10	●	12	13	14
	15	16	17	18	19	20
(4)	21	22	23	24	25	26
(5)	27	28	29	30	31	

FÉVRIER '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						36
(7)	38	●	40	41	42	43
(8)	45	46	47	48	49	50
(9)	52	●	54	55	56	57
(10)	59					

MARS '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)		60	61	62	63	64
(11)	66	●	68	69	70	71
(12)	73	74	75	76	77	78
(13)	80	●	82	83	84	85
(14)	87	88	89	90		

AVRIL '19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(14)						1
(15)	94	●	96	97	98	99
(16)	101	102	103	104	105	106
(17)	108	●	110	111	112	113
(18)	115	116	117	118	119	120

MAI '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)	122	●	124	125	126	127
(20)	129	130	131	132	133	134
(21)	136	●	138	139	140	141
(22)	143	144	145	146	147	148
(23)	150	●				

JUIN '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(23)			152	153	154	155
(24)	157	158	159	160	161	162
(25)	164	●	166	167	168	169
(26)	171	172	173	174	175	176
(27)	178	●	180	181		

JUILLET '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(27)						1
(28)	185	186	187	188	189	190
(29)	192	●	194	195	196	197
(30)	199	200	201	202	203	204
(31)	206	●	208	209	210	211

AOÛT '23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)	213	214	215	216	217	218
(33)	220	●	222	223	224	225
(34)	227	228	229	230	231	232
(35)	234	●	236	237	238	239
(36)	241	242	243			

SEPTEMBRE '21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(36)						1
(37)	248	●	250	251	252	253
(38)	255	256	257	258	259	260
(39)	262	●	264	265	266	267
(40)	269	270	271	272		

OCTOBRE '20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)						1
(41)	276	●	278	279	280	281
(42)	283	284	285	286	287	288
(43)	290	●	292	293	294	295
(44)	297	298	299	300	301	302

NOVEMBRE '22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						1
(46)	311	312	313	314	315	316
(47)	318	●	320	321	322	323
(48)	325	326	327	328	329	330
(49)	332	●	334			

DÉCEMBRE '18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(49)						1
(50)	338	340	341	342	343	344
(51)	346	●	348	349	350	351
(52)	353	354	355	356	357	358
(53)	360	●	362	363	364	365

7085 202 08/11

() - NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

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, qui doit être réalisé distinctement du champ visuel périphérique, 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, lorsque la condition du patient l'exige, et une recherche dans au moins huit méridiens. La majorité des points évalués est située dans les 30° centraux. 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, qui doit être réalisé distinctement du champ visuel central, 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 méridiens. La majorité des points évalués est située au-delà des 30° centraux. 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.

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.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 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, 9017 ou 9019 auquel il s'applique.</i></p>	
9003	Examen de contrôle en orthoptique.	14,50

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.	

AVIS : Voir la règle d'application 1.22.

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.

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 :

+	- Transfert de la personne pour prise en charge par un autre professionnel	= A00.4
	- Douleur oculaire	= A00.5
	- Perte de vision	= A00.6
	- Rougeur anormale	= A00.7
	- Corps étranger	= A00.8
	- Brûlures chimiques	= A00.9

+	<i>Si dans la même année civile vous devez facturer un deuxième examen d'urgence pour un même patient avec le même diagnostic pour une condition médicale différente de celle présentée lors du premier examen, veuillez le mentionner dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Le professionnel qui facture sur une demande de paiement papier doit également inscrire « A » dans la case CONSIDÉRATION SPÉCIALE.</i>	
---	--	--

ACTES DIAGNOSTIQUES

9005	Étude extensive de la vision des couleurs	10,00
------	---	-------

AVIS : 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.jjii.).

Voir les règles d'application 1.05 et 1.23.

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.

Étude des champs visuels :

9006	Examen du champ visuel central	8,00
------	--	------

AVIS : Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.

NOMENCLATURE**TAUX**

9007 Examen du champ visuel périphérique 8,00

AVIS : *Veillez 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> Voir la règle d'application 1.20.	
	<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> Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	
9008	Motilité oculaire	12,00
	<u>AVIS :</u> 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>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> 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.	
	<u>AVIS :</u> Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	
9011	Examen spécifique d'aniséikonie	60,00
	<u>AVIS :</u> Voir les règles d'application 1.09 et 1.23.	
9012	Examen spécifique de lentilles de contact	48,00
	<u>AVIS :</u> Voir les règles d'application 1.09, 1.19 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>	
	<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>	

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.	14,50
	<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.	

11. DIAGNOSTICS

AVANT-PROPOS

Le répertoire des diagnostics portant sur la vision, sur l'oeil et ses annexes est tiré de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM).

La présentation en a été simplifiée de façon à permettre, dans la mesure du possible, l'adjonction du code relatif au diagnostic afin d'accélérer la procédure de traitement de celui-ci.

Que l'optométriste tienne compte que nous avons voulu, en résumé, mettre l'accent sur une clarification qui rendra possible de choisir les diagnostics le plus fréquemment utilisés dans l'exercice de sa profession. Nous attirons son attention sur les rubriques **067, 068 et 069** qui étaient disponibles dans la CIM et que nous avons récupérées et élaborées pour lui faciliter une plus grande précision de diagnostics en ce qui concerne les vices de réfraction, les troubles de l'accommodation, l'amblyopie et les troubles de la vision des couleurs.

Ce répertoire est constitué d'un index alphabétique.

AGENCEMENT ET STRUCTURE DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE

Le terme principal, celui qui désigne le problème visuel, l'état pathologique ou la maladie est placé à gauche de la page; au-dessous de celui-ci, en retrait sur les autres lignes, suivent les variantes et leur numéro de classement qui permettront au codeur d'utiliser la rubrique appropriée.

STRUCTURE

Cécité SAI 369.9

- des couleurs (achromatopsie) 069.0
- des deux yeux (bilatérale) 369.0
- d'un oeil (unilatérale) 369.6
- hystérique 300.1
- nocturne 368.6
- par avitaminose A 264.9

Cet arrangement permet d'identifier sept (7) problèmes différents, compte tenu des variantes.

La cécité SAI (sans autre indication) trouvera sa place à la sous-rubrique 369.9

La cécité des couleurs sera classée à 069.0

La cécité des deux yeux (bilatérale) et d'un oeil (unilatérale) iront respectivement aux sous-rubriques 369.0 et 369.6

Dans le cas de la cécité nocturne, on utilisera le code 368.6

Si cette dernière est causée par une avitaminose A, on emploiera la sous-rubrique 264.9

Ainsi, la dernière ligne se lira comme suit: Cécité nocturne par avitaminose A 264.9

REMARQUES EN REGARD DES ABRÉVIATIONS ET AUTRES SIGNES CONVENTIONNELS UTILISÉS FRÉQUEMMENT

Parenthèses

Les parenthèses ont des significations particulières :

1. Elles peuvent inclure des synonymes.
Ex. Cécité des couleurs (achromatopsie) 069.0.
2. Elles peuvent indiquer une condition spécifique qui permet au codeur de classer le terme au numéro de référence donné.
Ex. Diabète avec complications oculaires (cataracte, rétinopathie). Les complications diabétiques ne se réfèrent qu'à la cataracte ou à la rétinopathie 250.4.

3. Elles peuvent spécifier un organe ou une région.

Ex. Tumeur bénigne, oeil (tout siège) 224.9.

Le terme « tout siège » inclut toutes les parties anatomiques de l'oeil, soit l'orbite, la cornée, la rétine etc.

Renvois

Les renvois réfèrent ordinairement à une description plus détaillée sous une autre rubrique.

Ex. Affection voir maladie. L'utilisateur trouvera à cette dernière un choix plus élaboré des différentes affections.

Abréviations

Les principales abréviations sont :

NCA: « Non classé ailleurs » « autres ».

Les problèmes mal définis au répertoire sont souvent accompagnés de cette abréviation que l'on retrouve ordinairement aux sous-rubriques .7 et .8 à l'exception toutefois des rubriques 067-068. Ce terme signifie, à toutes fins pratiques, que le problème identifié par l'optométriste n'est pas décrit au répertoire

Ex. Déformation de la cornée « autres » 371.7.

Si on se réfère à la rubrique 371 de la table numérique, le terme «autres déformations de la cornée» signifie que l'utilisateur doit classer à cette sous-rubrique les déformations de la cornée qui n'y sont pas énoncées.

SAI : « Sans autre indication » « non précisé » « sans précision ». Cette abréviation peut prêter à deux significations. Aucun qualificatif ne la précise.

PRINCIPE DE CODAGE

1. Le professionnel, au cours de son examen, ne peut momentanément se prononcer sur la nature du problème en cause.

Ex. Maladie de la cornée SAI 371.9.

Il s'agit d'un terme vague qui nécessitera éventuellement soit des moyens diagnostiques plus élaborés ou bien les moyens diagnostiques n'ont donné aucun résultat quant à la précision du problème ou de l'affection.

2. Cette abréviation est aussi employée pour toutes les affections rares ou peu fréquentes sur le plan professionnel et dont la rubrique principale n'influence que très peu ou pas la recherche ou la conduite thérapeutique à suivre.

Ex. Anomalie congénitale de l'oeil 743.9.

Il a été convenu d'utiliser une sous-rubrique dite résiduelle numérotée .9 qui regroupe des affections rares comme la buphtalmie, l'anophtalmie etc. et pour lesquelles un traitement est à peu près inexistant.

Nous présentons un outil de travail susceptible d'aider le professionnel de la santé et son secrétariat, soit à coder le ou les diagnostics ou tout simplement à en faciliter la description sur la demande de paiement.

Il convient de rappeler que ce répertoire n'est pas exhaustif et qu'au besoin des additifs peuvent faire l'objet d'une mise à jour.

AVIS : Codes diagnostics administratifs

Code d'acte 9002: A00.1, A00.2, A00.3, A00.4

Code d'acte 9019: A00.4, A00.5, A00.6, A00.7, A00.8, A00.9

Code d'acte 9020: A01.0, A01.1

Veillez vous référer aux avis sous chacun des codes d'acte pour leurs définitions.

12. MANUELS ET FORMULAIRES

12.1 MANUELS

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque nouvel optométriste une copie du manuel des optométristes.

COMMANDE

L'optométriste peut obtenir des copies supplémentaires ou des copies d'autres manuels moyennant paiement en utilisant l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

MANUELS DANS INTERNET

Les manuels de la Régie sont maintenant disponibles dans le site Internet de la Régie. L'optométriste peut les consulter, les télécharger et imprimer les pages désirées. Veuillez vous référer à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître l'adresse de notre site.

12.2 FORMULAIRES

Suite à sa demande, la Régie remet gratuitement à chaque optométriste une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

DEMANDES DE PAIEMENT À L'ACTE (formulaire n° 1500)

L'optométriste qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

- # Toute demande au-delà de cette limite sera tarifée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, veuillez consulter la rubrique *Administration de la pratique/ Frais administratifs* dans votre secteur du site Internet.

Seules les commandes formulées par l'optométriste lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

Qxxxxxx

Cxxxxxx

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

COMMANDE

Pour toute commande de formulaires, utiliser l'une des adresses figurant à la page 2 de l'INTRODUCTION de ce manuel.

FORMULAIRES DANS INTERNET

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. L'optométriste peut les consulter, les télécharger et les imprimer. Référer également à la page 2 de l'INTRODUCTION pour connaître les adresses.

12.2.1 Liste des formulaires disponibles

Numéro

Formulaires relatifs à l'inscription

Avis de désengagement, de réengagement ou de non participation	1378
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Renseignements sur le cabinet d'optométrie	3356
Avis de service - Rémunération au tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes	3628

Formulaires relatifs à la facturation

Demande de paiement - Tarif horaire, Honoraires forfaitaires et Vacation (voir l'onglet Rémunération au tarif horaire, <i>section 5</i>)	1215
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (voir l'onglet Rémunération à honoraires fixes, <i>section 4</i>)	1216
Demande de paiement - Acte (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3</i>)	1500
Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3.2.3.3</i>)	1944
Demande de remboursement à la personne assurée (voir l'onglet Rémunération à l'acte, <i>section 3.4</i>)	2058
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement	3005
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Contrat aux fins du Régime de congé à traitement différé	3326
# Demande d'autorisation de paiement - Médicament d'exception	3633
# Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception	3996

Formulaires relatifs à la facturation informatisée

Description du système de facturation informatisée	2102
Demande d'accréditation et renseignements pour facturation informatisée.	2404
Mandat - Agence commerciale de traitement de données	2788

Autres formulaires

Commande de formulaires	1491
Réclamation hors province pour services médicaux	2688
# Demande de matériel de facturation pour dispensateur de services	2907
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Changement d'adresses	3102
Demande de prestations - Assurance invalidité.	3912
Demande initiale - Invalidité	3913
Rapport d'évolution - Invalidité	3914