



MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

MISE À JOUR 34
AVRIL 2014

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 page

INTRODUCTION

- Modification administrative

Page : [2](#)

ENTENTE

- Modifications à la suite de l'Amendement n° 1

Pages : [9](#), [12](#), [23](#), [24](#), [25](#), [58](#), [79](#), [93](#), [94](#) et [95](#)

- Modifications administratives

Pages : [9](#) et [12](#)

PERSONNES ASSURÉES

- Modifications administratives

Pages : [2](#) à 7

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications administratives

Pages : [7](#) à 9 et [14](#)

PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Suppression de la disquette comme mode de réception des demandes de paiement

- Modifications administratives

Pages : [1](#), [3](#), [6](#), [9](#), [10](#) et [14](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Suppression de la disquette comme mode de réception des demandes de paiement
- Modifications administratives

Pages : [1](#), [3](#), [6](#), [9](#) et [10](#)

PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Suppression de la disquette comme mode de réception des demandes de paiement
- Modifications administratives

Pages : [1](#), [3](#), [6](#), [9](#) et [10](#)

TARIF D'HONORAIRES

- Modifications à la suite de l'Amendement n^o 1

Pages : [13](#) et [16](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 116 / 6 septembre 2013, 177 / 6 novembre 2013, 336 / 26 mars 2014, 339 / 28 mars 2014

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 

INTRODUCTION

Le Manuel des optométristes vise à vous renseigner sur les modalités d'application du régime d'assurance maladie.

À cet égard, il contient, notamment, le texte de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le président de l'Association professionnelle des optométristes du Québec, le guide de rédaction de la demande de paiement ainsi que les renseignements relatifs au paiement.

Lorsque le texte du manuel est amendé ou modifié, une mise à jour est effectuée. Le sommaire de la mise à jour présente un résumé des modifications apportées. À cette occasion, les références de bas de pages sont également actualisées. Leur signification figure au verso de cette page.

Ce document étant publié aux fins administratives du régime d'assurance maladie, il y a lieu de se référer aux textes de loi ainsi qu'à votre entente, lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente.

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, la **Régie vous recommande de consulter son site Web** (section *Professionnels*) pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour concernant les ententes et modalités de facturation.

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour des manuels et des brochures, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets et davantage.

À sa demande, l'optométriste pourra recevoir gratuitement une version papier de ce manuel. Les mises à jour papier lui seront par la suite transmises par la poste. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer à l'onglet *Manuel et formulaires* de ce manuel.

Enfin, vous pouvez joindre le Centre d'assistance aux professionnels par téléphone ou par courrier électronique.

Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, veuillez consulter les coordonnées à **la page suivante**.

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

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

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour papier

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

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

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

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

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

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

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

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

	<i>Page</i>
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
5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE	1
DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1215</i>)	1
5.0 AVANT-PROPOS	1
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (<i>formulaire n° 1215</i>)	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT	4
5.3 EXPÉDITION	12
5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (<i>formulaire n° 1944</i>)	12
5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉS	12
6. FEUILLE D'ACTIVITÉ - BÉNÉFICIAIRE (<i>Abolie</i>)	1
7. PAIEMENT À L'ACTE ET MESSAGES EXPLICATIFS	1
7.1 MODE DE PAIEMENT	1
7.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
7.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
7.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence	1
7.4 ÉTAT DE COMPTE	2
7.4.1 Description	3
7.4.1.1 Renseignements généraux (<i>Parties 1 à 9</i>)	3
7.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction (<i>Parties 1a à 6a</i>)	5
7.4.1.3 Avis de paiement ou de remboursement à la personne assurée	5
7.4.2 Vérification des paiements	5
7.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
7.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
7.5.2 Demande de paiement en cours de traitement	5
7.5.3 Paiement refusé en partie	6
7.5.4 Paiement refusé en totalité	6
7.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT	7
7.7 CODES DE TRANSACTIONS	8
#7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015)	9
7.9 MESSAGES EXPLICATIFS	11

	<i>Page</i>
8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES ET MESSAGES EXPLICATIFS . . .	1
8.1 MODE DE PAIEMENT	1
8.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
8.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
8.4 ÉTAT DE COMPTE	2
8.4.1 Description	3
8.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire	3
8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction Parties 1a à 10a.	5
8.4.2 Vérification des paiements	5
8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
8.5.3 Paiement refusé en partie	6
8.5.4 Paiement refusé en totalité	6
8.5.5 Annulation d'une demande de paiement	7
8.6 CODES DE TRANSACTIONS	8
#8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015)	9
8.8 MESSAGES EXPLICATIFS	11
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE ET MESSAGES EXPLICATIFS	1
9.1 MODE DE PAIEMENT	1
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT	1
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE	1
9.4 ÉTAT DE COMPTE	2
9.4.1 Description	3
9.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire	3
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction	5
9.4.2 Vérification des paiements	5
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	5
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé	5
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement	5
9.5.3 Paiement refusé en partie	6
9.5.4 Paiement refusé en totalité	6
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement	7
9.6 CODES DE TRANSACTIONS	8
#9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014-2015)	9
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS	11

CHAPITRE IV - MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION

ARTICLE 9 : MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME

9.01 Tout optométriste est réputé participant au régime d'assurance maladie. Toutefois, l'entrée en vigueur de cette entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un optométriste en vertu des dispositions de la Loi à cet effet.

- + Un optométriste peut opter pour le désengagement ou la non-participation. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, du formulaire de la Régie comportant les informations exigées par la *Loi sur l'assurance maladie*. Cette option prend effet le trentième (30^e) jour qui suit la date de la mise à la poste. Une copie de ce formulaire est reproduite à l'Annexe I.
- # **AVIS** : *Le formulaire Avis de désengagement, de réengagement ou de non-participation (n^o 1378) est disponible sur le site Web de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca, dans la section Formulaires.*

Un optométriste désengagé ou non-participant peut devenir un optométriste soumis à l'application de l'entente. Cette option prend effet le huitième (8^e) jour qui suit la date de la mise à la poste sous pli recommandé de la formule prévue à l'annexe 1 et opère ipso facto la réintégration de l'optométriste au régime.

La Régie fait parvenir sans délai à l'Association une copie de toute formule visée au présent article.

Un optométriste rémunéré à honoraires fixes ou au tarif horaire est réputé soumis à l'application de l'Entente et il ne peut se prévaloir des dispositions du présent paragraphe relatives au désengagement et à la non-participation.

ARTICLE 10 : MODES DE RÉMUNÉRATION ET ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

10.01 Le paiement à l'acte constitue le mode de rémunération général dans le cadre des services assurés.

Dans un établissement énuméré à l'annexe VII, l'optométriste est rémunéré exclusivement selon le mode des honoraires fixes ou au tarif horaire.

Lorsqu'il y a option, la détermination du mode de rémunération applicable à l'optométriste est selon le choix exercé par celui-ci, effectuée à l'occasion de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci. Lorsque l'option de l'optométriste a pour objet le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, l'optométriste ne peut modifier cette option pour l'un ou l'autre de ces modes qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession auprès du centre.

10.02 Le ministre et l'Association peuvent en tout temps convenir de tout autre mode de rémunération ou, en vertu du paragraphe 4.02, stipuler l'application d'un mode de rémunération à tout optométriste, nonobstant les dispositions du présent article.

10.03 Le tarif d'honoraires relatif aux services assurés rémunérés à l'acte apparaît à l'annexe II. Il comprend un tableau des honoraires, une définition des services et des règles d'application.

10.04 Les conditions relatives à l'établissement et l'application des tarifs apparaissent à l'annexe III.

10.05 Le tarif de rémunération à honoraires fixes et au tarif horaire applicable en établissement apparaît à l'annexe IV.

Un optométriste ne peut être autrement rémunéré pour les actes professionnels qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou au tarif horaire.

10.06 Les activités professionnelles rémunérées à un optométriste exerçant en établissement sont les suivantes :

- a) services cliniques;
- b) rencontres multidisciplinaires;
- c) supervision et encadrement d'étudiants en optométrie;
- d) formation en basse vision dispensée à des optométristes détenant une nomination au sein d'un établissement;
- e) participation à des activités de formation en basse vision dispensées dans un établissement énuméré à l'annexe VII.

Le nombre d'heures alloué à un établissement désigné par le Ministre pour rémunérer les périodes d'activités professionnelles consacrées aux services cliniques et à la participation aux rencontres multidisciplinaires d'un optométriste y exerçant est déterminé par le Ministre.

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'activité 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 chèque ou, lorsque l'optométriste en fait la demande, par virement bancaire au compte de l'optométriste ou du tiers qu'il autorise.

Ce virement 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 virement bancaire, veuillez remplir le formulaire Autorisation de paiement par dépôt direct (n^o 2914) (voir l'onglet Manuel 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 III CONDITIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET L'APPLICATION DES TARIFS

ARTICLE 1 : *ABROGÉ À COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2002*

ARTICLE 2 : *ABROGÉ À COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2002*

ARTICLE 3 : *ABROGÉ À COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2002*

ARTICLE 4 : *ABROGÉ À COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2002*

ARTICLE 5 : PLAFOND TRIMESTRIEL APPLICABLE À LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE

5.1 Un optométriste est rémunéré selon les tarifs applicables en autant que son revenu brut relatif aux services assurés rémunérés à l'acte en provenance du régime d'assurance maladie soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable pour un trimestre donné.

Pour la durée de l'entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné est de :

Du 1^{er} juin 2009 au 28 février 2013 : 21 247 \$

Du 1^{er} mars 2013 au 28 février 2014 : 22 552 \$

+ À compter du 1^{er} mars 2014 : 23 216 \$

5.2 Afin d'établir le revenu trimestriel brut servant à l'application de l'article 5.1, ne sont pas comptés les revenus provenant des actes suivants :

9003 Examen de contrôle en orthoptique

9030 Examen spécifique en orthoptique

9020 Examen sous dilatation du segment supérieur

9021 Supplément à l'examen complet pour les personnes de 75 ans ou plus

9022 Examen subséquent d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi postopératoire de la chirurgie de la cataracte (règle d'application 1.24)

5.3 Sous réserve de l'article précédent, dès que le revenu brut d'un optométriste pour les services optométriques rémunérés à l'acte fournis dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services optométriques fournis jusqu'à la fin du trimestre, sont réduits automatiquement de 75 %.

ARTICLE 6 : *ABROGÉ*

ARTICLE 7 : *ABROGÉ*

ANNEXE IV TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET AU TARIF HORAIRE

1. Pour l'optométriste rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière de travail de trente-cinq (35) heures par semaine, le Ministre évalue la scolarité et l'expérience* de l'optométriste et détermine le niveau de rémunération de l'échelle qui lui est applicable.

Les échelles suivantes s'appliquent à l'optométriste rémunéré à honoraires fixes à plein temps pour une période régulière d'activités professionnelles de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours des périodes ci-après indiquées :

Honoraires fixes / Taux annuels de rémunération		
Expérience *	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-04-01
Moins de 6 mois	63 777 \$	67 005 \$
6 mois mais moins de 1 an	64 779 \$	68 057 \$
1 an mais moins de 18 mois	65 831 \$	69 162 \$
18 mois mais moins de 2 ans	67 008 \$	70 398 \$
2 ans mais moins de 3 ans	70 807 \$	74 390 \$
3 ans mais moins de 4 ans	74 821 \$	78 607 \$
4 ans mais moins de 5 ans	79 065 \$	83 065 \$
5 ans et plus	83 551 \$	87 779 \$

* Année complète d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

+ Ces taux incluent l'augmentation additionnelle liée à la croissance du produit intérieur brut (PIB) de 0,5 % pour l'année 2012-2013. À ceux-ci s'ajouteront, le cas échéant, les augmentations subséquentes accordées aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

2. Le tarif annuel de rémunération de l'optométriste rémunéré à honoraires fixes pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur une base hebdomadaire, est inférieure à trente-cinq (35) heures, correspond au tarif annuel de rémunération sur une base de plein temps applicable à cet optométriste multiplié par la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de cet optométriste, divisé par trente-cinq (35).

3. Le tarif horaire comporte la rémunération des activités professionnelles que l'optométriste effectue par période continue de soixante (60) minutes. Lorsque les activités professionnelles de l'optométriste excèdent, dans une même journée, une durée continue de soixante (60) minutes, toute période excédentaire d'activités professionnelles devient, pour cette même journée divisible. La rémunération selon le présent mode s'applique alors au prorata de la période additionnelle d'activités professionnelles visée.

Le ministre évalue la scolarité et l'expérience* de l'optométriste pour déterminer son tarif horaire.

Le tarif horaire est :

Tarif horaire		
Expérience *	2013-04-01 au 2014-03-31	À compter du 2014-04-01
Moins de 6 mois	48,80 \$	51,27 \$
6 mois mais moins de 1 an	49,57 \$	52,08 \$
1 an mais moins de 18 mois	50,38 \$	52,93 \$
18 mois mais moins de 2 ans	51,28 \$	53,88 \$
2 ans mais moins de 3 ans	54,18 \$	56,92 \$
3 ans mais moins de 4 ans	57,26 \$	60,16 \$
4 ans mais moins de 5 ans	60,50 \$	63,56 \$
5 ans et plus	63,94 \$	67,18 \$

* Année complète depuis l'obtention du permis de pratique.

+ Ces taux incluent l'augmentation additionnelle liée à la croissance du produit intérieur brut (PIB) de 0,5 % pour l'année 2012-2013. À ceux-ci s'ajouteront, le cas échéant, les augmentations subséquentes accordées aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

4. Pour une année d'application, le tarif horaire apparaissant ci-dessus s'applique à la rémunération des activités professionnelles de l'optométriste, jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures.

L'année d'application aux fins de l'alinéa précédent débute le 1^{er} janvier d'une année et se termine le 31 décembre de la même année.

5. Au-delà de mille cinq cent quarante (1 540) heures, le modificateur 71,8 % s'applique au taux du tarif horaire de l'optométriste.

6. Modalités s'appliquant lors d'un changement de mode de rémunération

L'optométriste qui, déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes dans l'établissement, devient détenteur d'une nomination selon le mode du tarif horaire, ne peut être contraint d'accepter une nomination comportant moins ou plus d'heures que n'en comprenait, sur une base hebdomadaire, sa dernière période d'activités professionnelles.

Aux fins de l'annexe V, le passage du mode de rémunération à honoraires fixes à celui du tarif horaire est réputé constituer, pour l'optométriste qui s'en prévaut, un départ au sens de cette annexe. Tout paiement en regard du cumul possible de certains congés

et de leur liquidation devra être effectué par la Régie dans les soixante (60) jours suivant la date de l'option de rémunération visée au présent paragraphe effectuée par l'optométriste.

7. Optométriste hors-échelle

Suite à l'introduction des nouvelles échelles de rémunération applicables depuis le 1^{er} avril 2010 incluant la majoration de 0,5 % du 1^{er} avril 2010, de 0,75 % du 1^{er} avril 2011, de 1,0 % du 1^{er} avril 2012, de 1,75 % du 1^{er} avril 2013 et de 2,0 % du 1^{er} avril 2014 :

- a) L'optométriste à honoraires fixes ou au tarif horaire dont l'honoraire ou le tarif, le jour précédant la date de la majoration, est plus élevé que le maximum de l'échelle en vigueur bénéficie, à la date de majoration, d'un taux d'augmentation de son honoraire ou de son tarif qui est égal à la moitié de la majoration décrite au premier paragraphe;
- b) Si l'application du taux d'augmentation déterminé au sous-paragraphe a) a pour effet de situer au 1^{er} avril un optométriste qui était hors-échelle au 31 mars de l'année précédente à un échelon ou à un tarif inférieur à celui de l'échelon maximum de l'échelle, ce taux d'augmentation est porté au pourcentage nécessaire pour permettre à cet optométriste l'atteinte de cet échelon ou du tarif horaire de cet échelon maximum;
- c) Lorsque le taux d'augmentation établi conformément aux sous-paragraphe a) et b) est inférieur à la majoration décrite au premier paragraphe, la différence entre la majoration et ce taux est versé à l'optométriste sous forme d'un montant forfaitaire calculé sur la base de son honoraire ou de son tarif au 31 mars précédent;
- d) Dans le cas d'un optométriste rémunéré selon le mode des honoraires fixes, le montant forfaitaire établi conformément au sous-paragraphe c) est réparti et versé à chaque période de paiement;
- e) Dans le cas d'un optométriste rémunéré selon le mode du taux horaire, le montant forfaitaire établi conformément au sous-paragraphe c) est versé à chaque période de paiement selon le nombre d'heures régulières rémunérées pour la période de paiement.

Aux taux mentionnés au premier paragraphe s'ajoutent, le cas échéant, les augmentations accordées aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux (2010-2015) en lien avec l'état des finances du Québec, et ce, selon les mêmes modalités que celles prévues dans les conventions collectives applicables à ces salariés.

- d) aucune prime n'est payable pour une période au premier jour de laquelle l'optométriste n'est pas un participant; de même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle l'optométriste cesse d'être un participant.

6.16 Le comité paritaire confie au Ministre l'exécution des travaux requis pour la mise en marche et l'application des régimes complémentaires d'assurance; ces travaux sont effectués selon la directive du comité. Le Ministre a droit au remboursement des coûts encourus.

6.17 Le surplus résultant de l'expérience favorable des régimes complémentaires obligatoires est partagé entre le gouvernement du Québec et les optométristes participants selon leur participation respective, la totalité appartenant au gouvernement du Québec si les optométristes n'y ont pas contribué.

Lorsqu'en vertu de ce qui précède, l'assureur doit effectuer des remboursements, il les fait par chèques émis à l'ordre du ministre des Finances du Québec et, le cas échéant, à l'ordre des optométristes participants.

6.18 Les membres du comité paritaire n'ont droit à aucun remboursement de dépenses ni à aucune rémunération pour leurs services à ce titre, mais ils ont droit, s'ils sont optométristes à honoraires fixes dans un établissement, à leur traitement. L'optométriste est rémunéré pour chaque jour ou pour chaque demi-jour à raison de un cinquième (1/5) ou de un dixième (1/10) selon le cas, du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

AVIS : *Utiliser le code de congé 70.*

6.19 Lorsque l'optométriste cesse ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération de plus d'un (1) mois, les présents régimes d'assurance demeurent en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par l'optométriste. L'optométriste informe par écrit la Régie et son assureur de son intention de continuer de bénéficier des régimes d'assurance en cause. Sur réception de la facturation qui lui est transmise par la Régie à cette fin, l'optométriste en effectue le paiement dans les trente (30) jours de la date de réception de ladite facturation.

Si l'assurance d'un optométriste qui bénéficie d'un congé sans rémunération demeure en vigueur, le montant d'assurance vie, le montant de la rente de survivants, le montant de la rente en cas d'invalidité et le coût de ces assurances sont établis sur le traitement annuel de l'optométriste au moment de son départ. Ce traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe, sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient pendant la durée de ce congé sans rémunération; le traitement hebdomadaire ainsi calculé est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

Toutefois, l'optométriste qui désire maintenir la garantie du régime complémentaire optionnel doit également maintenir l'assurance de ses garanties du régime complémentaire obligatoire.

Dans tous les cas, l'optométriste doit en faire la demande à la Régie et à son assureur avant la date du début de son absence.

Aucune prestation d'assurance invalidité n'est versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans rémunération.

AVIS : *Afin de maintenir les régimes d'assurance en vigueur, le délai mentionné doit obligatoirement être respecté.*

6.20 Le coût du régime uniforme d'assurance vie et d'assurance invalidité de base est à la charge de la Régie. Sous réserve du paragraphe 6.23, est également à la charge de la Régie, le coût de la rente de survivants.

6.21 En outre, au taux établi au paragraphe 6.22 ci-après, la Régie fournit une contribution pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires. Le solde du coût des régimes d'assurance complémentaires obligatoires est à la charge de l'optométriste.

+ **6.22** Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de 1,95 % du traitement annuel de l'optométriste.

+ **6.23** La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. S'il advenait que ce coût diffère de 1,05 % du traitement annuel de l'optométriste, le pourcentage apparaissant au paragraphe 6.22 serait modifié de telle façon que le taux total de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires et de la contribution du coût de la rente du survivant soit 3 % du traitement annuel de l'optométriste.

6.24 Les avantages prévus aux régimes complémentaires obligatoires et optionnels d'assurance de la présente annexe sont applicables à la condition que le comité paritaire puisse choisir un assureur acceptant d'offrir ces avantages à des conditions jugées raisonnables par le comité. Dans le cas contraire, les avantages de ces régimes complémentaires sont ceux convenus entre le comité paritaire et l'assureur choisi.

6.25 Aux fins du présent article 6.00, le traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe, sous réserve des dispositions des paragraphes 6.18 et 6.19; ce traitement hebdomadaire est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE

7.01 Régime uniforme d'assurance vie

L'optométriste à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures, tel qu'indiqué à l'avis établi dans le cadre de l'article 8 de l'Entente, bénéficie d'un montant de six mille quatre cents dollars (6 400 \$) d'assurance vie après un (1) mois de service.

L'optométriste à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures et l'optométriste à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept et demie (17½) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu à l'article 8 de l'Entente bénéficient d'un montant de trois mille deux cents dollars (3 200 \$) d'assurance vie après trois (3) mois de service.

Un optométriste ne peut toutefois en aucun cas bénéficier d'une assurance vie de plus de six mille quatre cents dollars (6 400 \$).

L'optométriste participe au régime uniforme d'assurance vie jusqu'à :

- i) la date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de sa retraite.

ANNEXE X CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT DE L'ENTENTE-CADRE (2010- 2015)

1. Montant forfaitaire versé

Les parties conviennent qu'à la suite de la signature du renouvellement de l'Entente-cadre pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015, des montants doivent être versés par la Régie aux optométristes, sous forme de montants forfaitaires, selon les modalités décrites ci-après :

1.1 Modalités d'application

Le paiement de la Régie à l'optométriste doit être accompagné d'un relevé répartissant le montant forfaitaire selon le pourcentage des honoraires ayant servi au calcul du montant forfaitaire et selon l'année budgétaire au cours de laquelle les services ont été rendus.

1.2 Modalités de calcul

1.2.1 Pour les sommes perçues selon les modes de rémunération des honoraires fixes et du tarif horaire.

La Régie versera :

- le ou vers le 1^{er} février 2013, à chaque optométriste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire⁽¹⁾, excluant l'optométriste qualifié hors-échelle au 31 mars 2010, une rétroactivité de 0,5 % sur les honoraires perçus pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011;
- le ou vers le 1^{er} février 2013, à chaque optométriste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire, excluant l'optométriste qualifié hors-échelle au 31 mars 2011, une rétroactivité de 1,254 % sur les honoraires perçus pour la période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012;
- + • le ou vers le 1^{er} février 2013, à chaque optométriste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire, excluant l'optométriste qualifié hors-échelle au 31 mars 2012, une rétroactivité de 5,856 % sur les honoraires perçus pour la période du 1^{er} avril 2012 au 30 juin 2012;
- + • le ou vers le 31 octobre 2013, à chaque optométriste rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou le mode du tarif horaire, excluant l'optométriste qualifié hors-échelle au 31 mars 2012, une rétroactivité de 5,856 % sur les honoraires perçus du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2013.

(1) L'optométriste à honoraires fixes ou à tarif horaire dont l'honoraire ou le tarif, le jour précédant la date de la majoration, est plus élevé que le maximum de l'échelle en vigueur à cette date.

1.2.2 Optométriste qualifié hors-échelle.

Les augmentations résultant de l'application de l'article 7 de l'Annexe IV, pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2013, seront versées sous forme de forfaitaire aux dates précisées à l'article 1.2.1.

Les montants forfaitaires déjà prévus à l'article 7 de l'Annexe IV seront versés à ces mêmes dates.

1.2.3 Pour les sommes perçues selon le mode de rémunération à l'acte.

La Régie versera, le ou vers le 1^{er} février 2013, à chaque optométriste rémunéré à l'acte une rétroactivité de :

- 0,5 % sur les honoraires perçus du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011;
- 1,254 % sur les honoraires perçus du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012;
- 3,350 % sur les honoraires perçus du 1^{er} avril 2012 au 30 juin 2012.

La Régie versera, le ou vers le 31 octobre 2013, à chaque optométriste rémunéré à l'acte une rétroactivité de 3,350 % sur les honoraires perçus du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2013.

1.2.4 Autres mesures à effets rétroactifs selon le mode de rémunération à l'acte.

La Régie versera, le ou vers le 31 octobre 2013, à chaque optométriste rémunéré à l'acte une somme forfaitaire correspondant au montant des honoraires que chaque optométriste aurait gagné si le supplément pour personne de 75 ans ou plus avait été en vigueur le 1^{er} avril 2012.

Les versements de la rétroactivité prévus aux articles 1.2.3 et 1.2.4 de la présente annexe ne sont pas pris en compte dans l'application du plafond trimestriel.

LETTRE D'ENTENTE N° 18**RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA HAUSSE DE TARIFICATION POUR L'EXAMEN SOUS DILATATION DU SEGMENT POSTÉRIEUR (9020) DU 1^{ER} AVRIL 2012 AU 31 MARS 2015.**

CONSIDÉRANT QUE l'abrogation de la Lettre d'entente n° 17 relative à la création d'un comité conjoint sur l'amélioration de l'accessibilité aux services optométriques;

CONSIDÉRANT QUE la somme de 681 020 \$ non utilisée au cours de l'année 2009-2010 aux fins de rémunération de l'examen sous dilatation du segment postérieur en vertu de la Lettre d'entente n° 17;

CONSIDÉRANT QUE la hausse de 6 \$ octroyée à la tarification pour l'examen sous dilatation du segment postérieur (9020) à compter du 1^{er} avril 2012;

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;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- d'utiliser la somme réservée de 681 020 \$ pour financer la hausse de tarification pour l'examen sous dilatation du segment postérieur (9020), et ce, pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2015;
- que cette hausse sera indexée, à compter du 1^{er} avril 2013, des paramètres gouvernementaux consentis aux autres salariés du réseau de la santé et des services sociaux, à savoir :
 - 1,75 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014;
 - 2,00 % pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015;
- que le ministère de la Santé et des Services sociaux assumera les coûts récurrents de cette mesure pour les années subséquentes.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30^e jour de janvier 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

STEVEN CARRIER

Président
Association des optométristes
du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 19

RELATIVE AUX FRAIS D'EXPLOITATION DES CABINETS PRIVÉS D'OPTOMÉTRIE.

CONSIDÉRANT que les frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie sont une des composantes de la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties de disposer de données communes lors des négociations entourant le renouvellement de l'Entente générale;

Les parties conviennent de créer un comité conjoint composé de trois (3) représentants de chacune des parties dont le mandat est :

- de documenter les différentes composantes des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie;
- de documenter, d'une part, le pourcentage moyen en 2013 des frais d'exploitation des cabinets privés sur les honoraires bruts pour les services assurés par le régime public et, d'autre part, celui en 2013 des frais d'exploitation de ces cabinets sur les honoraires bruts générés par les services rendus aux patients non assurés par le régime public;
- de documenter le pourcentage moyen des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie sur les honoraires pour les services assurés par le régime public et pour ceux générés par les services rendus aux patients non assurés par le régime public;
- de documenter la variation annuelle moyenne des frais d'exploitation des cabinets privés d'optométrie.

En vue de l'exécution de son mandat, le comité doit préalablement convenir, notamment :

- des paramètres pertinents à prendre en compte;
- des données spécifiques à recueillir et à colliger aux fins d'analyse;
- de la période à considérer aux fins de représentativité;
- de la méthodologie de cueillette et d'analyse à privilégier.

Les travaux doivent débuter dans les 3 mois de la signature de l'entente et se terminer au plus tard 18 mois suivant le début des travaux du comité. S'il le juge opportun, le comité pourra recourir à des ressources externes spécialisées afin de lui apporter un éclairage concernant l'un ou l'autre des aspects techniques des travaux. Chaque partie paie les frais de ses membres et assume la moitié des coûts.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30^e jour de janvier 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

STEVEN CARRIER
Président
Association des optométristes
du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 20**RELATIVE À LA HAUSSE TARIFAIRE APPLICABLE AU 1^{ER} AVRIL 2014.**

CONSIDÉRANT que la hausse tarifaire applicable au 1^{er} avril 2014 doit correspondre à un montant de 486 500 \$, en sus de l'indexation moyenne des tarifs de 2 %;

CONSIDÉRANT que les données de facturation actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer adéquatement les fréquences pour l'année 2014-2015;

CONSIDÉRANT la Règle d'application n° 1.23 et de son impact sur les fréquences d'utilisation de certains services;

CONSIDÉRANT la nécessité de disposer des données de facturation les plus récentes afin de procéder à la distribution de cette somme sur les services ciblés par les parties.

LES PARTIES CONVIENNENT :

- d'établir le niveau de la hausse tarifaire sur les services ciblés par les parties en tenant compte de l'évolution des fréquences constatée à l'aide des données de facturation de la période de 12 mois se terminant le 30 septembre 2013;
 - d'établir le niveau d'évolution des fréquences en comparant les données obtenues pour la période de 12 mois se terminant le 30 septembre 2013 à celles obtenues pour la même période l'année précédente. Les données seront ajustées afin, dans un premier temps, de prendre en considération les demandes de paiement contenues au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) et, s'il y a lieu, de refléter les impacts de tout événement exceptionnel survenu au cours de ces deux (2) périodes;
 - de finaliser les travaux relatifs à l'application de cette hausse tarifaire au plus tard le 15 décembre 2013.
- + EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30^e jour de janvier 2013.

RÉJEAN HÉBERT

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 (RLRQ, chapitre 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), un examen d'urgence (9019) 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 peuvent être présentés. Il est important de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés.

- # Depuis le 9 décembre 2013, de nouvelles normes pour la prise de photo sont en vigueur pour les cartes avec photo.
- # 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**



Ces cartes sont émises dans les cas suivants :

- 1) Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus ou personne assurée hébergée en établissement;
- 2) Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour une 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 une 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 une 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 la *Demande de paiement – optométriste* (n° 1500) pour facturer les services.

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé au tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) 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* ou, 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, 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, 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, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

2- Dans tous les autres cas (sauf pour le revendicateur du statut de réfugié) :

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) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) qui le concerne. Il le remet ensuite à la personne qui doit remplir la section la concernant et envoyer le formulaire 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 :**
- Pour les **instructions de facturation**, veuillez vous référer à l'onglet *Rémunération à l'acte*, section 3.2.4.4.
 - Pour la liste des établissements reconnus et autorisés (comme centres pour les personnes ayant une déficience visuelle), veuillez vous référer à l'annexe VII de l'entente.

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

Description du carnet de réclamation :

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

Le **volet de gauche** du carnet identifie le prestataire (nom et prénom), son numéro de dossier (alphanumérique à 12 caractères), la période de validité du carnet et certaines particularités sur l'admissibilité au programme.

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 les services optométriques **doit figurer sur ce volet**, dans la case *Référence*.

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

Vérifications à effectuer avant de rendre un service :

Lorsque **le prestataire ne peut présenter son carnet de réclamation ou lorsque son carnet de réclamation est expiré**, il doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé selon le tarif prévu à l'Entente. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *RÉMUNÉRATION À L'ACTE*) et le remet à la personne qui le complète et le fait parvenir à la Régie.

Avant de rendre un service, veuillez vérifier les renseignements suivants :

- la **période de validité du carnet de réclamation à la date des services**;
- l'**admissibilité aux services optométriques** par la présence de la mention « EXAMEN DES YEUX : OUI » à la case *Message*.

Si **le prestataire est soumis au délai de carence** de 12 mois consécutifs pour les services optométriques, les mentions « EXAMEN DES YEUX » et « DÉBUTANT LE AAAA-MM-JJ » figurent à la case *Message*.

Avant cette date, aucun service n'est payable.

- la **période de validité de la carte d'assurance maladie** :

- le prestataire présente une carte d'assurance maladie valide : remplir une demande de paiement pour le service rendu;
- le prestataire ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide : vous référer à la section 2.2.3 *Vérification de la carte (validité)* de l'onglet *PERSONNES ASSURÉES*.

Revendicateur du statut de réfugié :

Lorsque la mention « Document de CIC requis » est présente dans la case *Message* du carnet de réclamation, vérifier si le prestataire détient une carte d'assurance maladie :

- lorsqu'il ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide, la Régie ne paie pas le coût des services;
- lorsqu'il présente une carte d'assurance maladie valide, vérifier au volet de gauche du carnet, s'il est admissible aux soins optométriques :
 - s'il est admissible à la date du service, remplir une demande de paiement pour les services;
 - s'il n'est pas admissible à la date du service, la Régie ne paie pas le coût des services.

2.5 DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée et admissible au programme des services optométriques, un optométriste peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être préalablement autorisés par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
- que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada sans avoir obtenu l'autorisation préalable de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

DEMANDE D'AUTORISATION**1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b) sa date de naissance;
- c) son numéro d'assurance maladie;
- d) son adresse complète;
- e) son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
- une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.
- B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

2.6 DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée et admissible au programme des services optométriques, un optométriste peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

IMPORTANT

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

- que le service n'est pas disponible au Québec;
- que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;

- que le service est assuré: c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
- que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
- qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

- a)son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
- b)sa date de naissance;
- c)son numéro d'assurance maladie;
- d)son adresse complète;
- e)son numéro de téléphone.

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une attestation médicale, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.
- B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

3.2.4 Services

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMETRISTE 1500 292 0805

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMETRISTE

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SCIENTIFIQUE DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION

ADRESSE | CODE POSTAL

ANVT | NOM DE L'OPTOMETRISTE | NUMERO | GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

ETABLISSEMENT

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE MOIS JOUR		
1 4 0 4 0 1	9 0 0 1	28;55
	9 0 0 5	10;00
	9 0	
	9 0	
TOTAL		38;55

CONSIDERATION SPECIALE

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DE L'OPTOMETRISTE OU DE SON MANDATAIRE

3.2.4.1 Date des services

Inscrire la date des actes (six chiffres), soit l'année, le mois et le jour.

3.2.4.2 Inscription des codes d'acte et des honoraires

Si l'optométriste réclame des honoraires pour un seul **code d'acte**, il l'inscrit sur la **première ligne**.

Un maximum de quatre codes d'acte par demande de paiement peut être inscrit en fournissant pour chacun, les renseignements suivants :

- compléter le code de l'acte, quatre chiffres correspondant à la nomenclature des actes du tarif des honoraires;
- les honoraires correspondant au code d'acte;
- le total des honoraires correspondant à la somme des honoraires figurant dans les cases *HONORAIRES*. Les honoraires d'une demande de paiement ne peuvent être reportés sur une autre demande, chaque demande de paiement étant traitée comme si elle était unique.

3.2.4.3 Considération spéciale (case C.S.)

Inscrire la ou les lettres appropriées dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à la section **3.2.4.7** sous le présent onglet sont rencontrées. Les renseignements nécessaires motivant l'inscription de la lettre « **A** » (considération spéciale) doivent être fournis dans la section *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*; si l'espace s'avère insuffisant, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (n° 1944) (voir section **3.2.3.3**).

- Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), référer à la section **7.5.4** ou **7.6** sous l'onglet *Païement à l'acte et messages explicatifs*.
- Pour les services rendus à une personne handicapée visuelle, voir section **3.2.4.4**.
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrite la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- Toujours inscrire le montant demandé dans la case *HONORAIRES* en regard de chaque acte visé par la demande de considération spéciale.

3.2.4.4 Services rendus à une personne handicapée visuelle

Régie de
l'assurance maladie
Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 2502 08/05

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM
À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | ANNEE | MOIS | JOUR | EXPIRATION

ADRESSE | CODE POSTAL

INIT. | NOM DE L'OPTOMÉTRISTE | NUMÉRO | GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

0 6 8 3

ÉTABLISSEMENT
5 2 1 2 5

DATE DES SERVICES (ANNÉE MOIS JOUR)	ACTE	HONORAIRES
1 4 0 4 0 1	9 0 0 1	28,55
	9 0	
	9 0	
	9 0	
	TOTAL	28,55

CONSIDÉRATION SPÉCIALE
V

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Pour une personne handicapée visuelle âgée de **18 ans à 64 ans** inclusivement, **qui ne détient pas de carnet de réclamation** et qui est **inscrite dans un centre de réadaptation reconnu**, pour les personnes ayant une déficience visuelle à la date où ces services ont été rendus, la demande de paiement doit être rédigée comme suit :

- Inscrire le ou les **diagnostics** selon la codification **numérique**, dans les cases appropriées. S'il y a plusieurs diagnostics, les inscrire par ordre d'importance. Le diagnostic identifiant la personne handicapée visuelle est **prioritaire**.
- Inscrire la lettre « **V** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE*.
- Si l'examen complet (9001) est effectué dans un **cabinet d'optométrie**, inscrire dans la case *ÉTABLISSEMENT*, le numéro de cabinet à **cinq chiffres** attribué par la Régie.

3.2.4.5 Services rendus à des séances différentes le même jour

1^{er} exemple de demande de paiement

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 0805

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE | ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION | ANNÉE | MOIS

ADRESSE | CODE POSTAL

INIT. | NOM DE L'OPTOMÉTRISTE | NUMÉRO | GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

CODE DE DIAGNOSTIC

DATE DES SERVICES			ACTE	HONORAIRES
ANNÉE	MOIS	JOUR		
1	4	0	4	0
0	4	0	1	9
				0
				0
				4
				13:50
				9
				0
				0
				1
				28:55
				9
				0
				9
				0
				42:05
			TOTAL	

CONSIDÉRATION SPÉCIALE

L

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

ÉTABLISSEMENT

Lorsque plusieurs services sont rendus à des **séances** différentes le même jour, la demande de paiement doit être rédigée comme suit :

- inscrire les codes d'acte dans la case identifiée **ACTE**;
- inscrire la lettre « **L** » dans la case C.S. (CONSIDÉRATION SPÉCIALE).

3.2.4.6 Services n'ayant aucune relation entre eux

2^e exemple de demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMETRISTE 1500 2902 08/05

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMETRISTE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE		EXPIRATION JOURS MOIS	
ADRESSE CODE POSTAL		CODE DE DIAGNOSTIC	
INIT. NOM DE L'OPTOMETRISTE NUMÉRO GROUPE		DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR 0 9 0 5 0 1	
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">SPÉCIMEN</div>		ACTE HONORAIRES 9 0 0 4 13 50 9 0 3 0 46 00 9 0	
ÉTABLISSEMENT		CONSIDÉRATION SPÉCIALE R	
		TOTAL 59 50	

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.
SIGNATURE DE L'OPTOMETRISTE OU DE SON MANDATAIRE

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.

3.2.6 Signature de l'optométriste ou de son mandataire

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMETRISTE 1500 202 06/05

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMETRISTE

PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE | EXPIRATION ANNÉE | MOIS

ADRESSE CODE POSTAL

INIT NOM DE L'OPTOMETRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

DATE DES SERVICES ANNÉE | MOIS | JOUR

ACTE	HONORAIRES
9 0	
9 0	
9 0	
9 0	
TOTAL	

CONSIDÉRATION SPÉCIALE

ÉTABLISSEMENT

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

R. Hntel

SIGNATURE DE L'OPTOMETRISTE OU DE SON MANDATAIRE

SPÉCIMEN

La demande de paiement doit être signée par l'optométriste qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée en conformité avec l'article 10, paragraphe 1 du Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie. L'optométriste peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Les estampes, l'écriture en lettres moulées ainsi que les initiales ne sont pas acceptées.

3.3 EXPÉDITION

Avant d'expédier les demandes de paiement à la Régie, détacher les exemplaires de l'optométriste et les conserver en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes éventuelles de renseignements de la Régie.

Placer dans les enveloppes préadressées spécialement fournies à cette fin ou dans les boîtes ayant servi à l'envoi des demandes de paiement, **les copies destinées à la Régie** et les envoyer pas plus d'une fois par semaine, mais au moins une fois par mois.

Toujours vous assurer que les envois sont suffisamment affranchis et ne pas oublier d'inscrire vos nom et adresse dans le coin supérieur gauche. Seules les demandes de paiement avec ou sans document complémentaire doivent être adressées à :

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

3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE
(formulaire n° 2058)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

0000 ■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE
NOM DE LÉPOLLUX ET/OU NO
REQUÉRANT DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE EXPIRATION

ADRESSE

RUE NOM DE L'OPTOMÉTRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec

DATE DES SERVICES ANNÉE MOIS JOUR	ACTE	HONORAIRES
9 0		
9 0		
9 0		
9 0		
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		TOTAL

COUDES DE DIAGNOSTIC

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

Directives pour la personne assurée

Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré*.

- 1) Vérifiez que l'optométriste a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
- 2) Trouvez, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
- 3) Remplissez les sections ADRESSE et SIGNATURE.
- 4) Envoyez ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par l'optométriste.

* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

Situation à l'origine de la demande

Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.

- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- Votre carte d'assurance maladie est expirée : Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso.
- Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue : Inscrivez votre numéro d'assurance maladie, obtenu au téléphone, sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :

Note - Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes incapes : le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne incapable et il est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui assume la garde.

Adresse résidentielle permanente de la personne assurée

NOM

PRÉNOM

NUMÉRO RUE

APP. VILLE

PROVINCE Québec CODE POSTAL

Adresse pour l'envoi du chèque

MÊME PERSONNE RESPONSABLE INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE

NUMÉRO RUE

APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL

Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés. X

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :
 MÈRE PÈRE AUTRE : _____
 NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES

DATE ANNÉE MOIS JOUR

TELEPHONE AU DOMICILE (IND. REGIONAL)

TELEPHONE AU TRAVAIL (IND. REGIONAL)

2058 292 05/05

- # - Faire payer à la personne les services rendus selon le tarif et les codes d'acte prévus au Manuel des optométristes publié par la Régie (onglet 10. *Tarif d'honoraires*);
- # - Remplir la partie du haut selon les indications mentionnées au guide de rédaction du formulaire n° 2058.

- Conserver votre copie pour fin de conciliation avec l'état de compte et pour répondre aux demandes de renseignements de la Régie, s'il y a lieu.
- Lorsque des renseignements additionnels sont requis, l'optométriste doit répondre dans un délai de 30 jours, à défaut de quoi, la Régie remboursera la personne assurée selon les informations fournies sur la demande de paiement. Un avis sera envoyé à la personne assurée l'informant que des renseignements additionnels vous ont été demandés.

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 virement bancaire (*dépôt direct*) émis à l'ordre de l'optométriste ou d'une société d'optométristes autorisée par ce professionnel à recevoir paiement.
- # Le virement (*dépôt*) 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.

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 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec					ÉTAT DE COMPTE		
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4					FORMANCES DE PAIEMENT REQUIES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					20AA-04-07 (T)	418	001
NOM	N° DU PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-03-28 (P)	OR-16	DE 002
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 C	20AA-04-18			
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 567, RUE FICTIVE Québec QC G1N 5C9 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">9</div>				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....418 643-8210 Montréal:.....514 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776			
SOMMAIRE							
MESSAGES GÉNÉRAUX							
PAIEMENTS							
SPÉCIMEN							
RETENUES							
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)							
OR341 - 4702 082007					VOIR AU VERSO		

7.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions ainsi que la liste des demandes de paiement ou des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

7.4.1.1 Renseignements généraux (Parties 1 à 9)

1. NOM : Nom et prénom de l'optométriste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro de l'optométriste (7 chiffres).
3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif, si c'est en blanc, c'est le compte personnel.
- # 4. NO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « C » figure entre parenthèses et dans le second cas il s'agit de la lettre « V ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Celle-ci est la même que celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- # 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « P » - papier ou « T » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut servir de référence.
8. PAGE : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par l'optométriste ou par son mandataire pour l'envoi de ses états de compte.

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction.
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu.
- Montant net payé.

- # **Déductions cumulatives** (cotisation AOO)
Description des codes de transaction (TRA)

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE											
Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4															DEMANDES DE PAIEMENT PERIODE ASSURÉE		N° DU PAIEMENT	PAGE			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE															20AA-04-07 (T)		002				
NOM UNTEL ROBERT										N° DU PROFESSIONNEL 0-00000-0		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT 0000		N° DU CHEQUE OU VIREMENT 00000000 C		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE 20AA-04-18		20AA-03-28 (P)		OR-16	DE 002
N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	N° DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA.	EXPL.	MONTANT PAYÉ	
(1a)	(2a)	(3a)	(4a)	(5a)		(6a)															
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																					
SPÉCIMEN																					
REMARQUE: RESUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE																					
FIN DU RELEVÉ																					
OR341 - 4702 0902007																					

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 ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuel et formulaires*).

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

7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2014

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)					1	32
(7)	34	●	36	37	38	39
(8)	41	42	43	44	▼	46
(9)	48	●	50	51	52	53
(10)	55	56	57	58	▼	22
	23	24	25	26	27	28

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(16)						1	
(11)	62	●	64	65	66	67	
(12)	69	70	71	72	▼	74	
(13)	75	●	78	79	80	81	
(14)	83	84	85	86	▼	88	
	30	31	25	26	27	28	29

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)		1	2	3	4	5
(16)	97	98	99	100	▼	102
(17)	104	●	106	107	108	109
(18)	111	112	113	114	▼	116
(19)	118	●	120			
	27	28	29	30		

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(19)				121	122	123	
(20)	125	126	127	128	▼	130	
(21)	132	●	134	135	136	137	
(22)	139	140	141	142	▼	144	
(23)	146	●	148	149	150	151	
	25	26	27	28	29	30	31

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	154	155	156	▼	158
(25)	160	●	162	163	164	165
(26)	167	168	169	170	▼	172
(27)	174	●	176	177	178	179
(28)	181					
	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	188	●	190	191	192	193
(30)	195	196	197	198	▼	200
(31)	202	●	204	205	206	207
(32)	209	210	211	212		
	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(32)				1	2	214	
(33)	216	●	218	219	220	221	
(34)	223	224	225	226	▼	228	
(35)	230	●	232	233	234	235	
(36)	237	238	239	240	▼	242	
	24	25	26	27	28	29	30

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	●	246	247	248	249
(38)	251	252	253	254	▼	256
(39)	258	●	260	261	262	263
(40)	265	266	267	268	▼	270
(41)	272	●				
	28	29	30			

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	277
(42)	279	280	281	282	▼	284
(43)	286	●	288	289	290	291
(44)	293	294	295	296	▼	298
(45)	300	●	302	303	304	
	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(45)					1	305	
(46)	307	308	309	310	▼	312	
(47)	314	●	316	317	318	319	
(48)	321	322	323	324	▼	326	
(49)	328	●	330	331	332	333	
	23	24	25	26	27	28	29

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	336	337	338	▼	340
(51)	342	●	344	345	346	347
(52)	349	350	351	352	▼	354
(53)	359	●	358	359	360	361
(2)	363	364	365			
	28	29	30	31		

7055_292_1403

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2015

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	●	35	36	37	38
	1	2	3	4	5	6 7
(8)	40	41	42	43	44	45
	8	9	10	11	12	13 14
(9)	47	●	49	50	51	52
	15	16	17	18	19	20 21
(10)	54	55	56	57	58	59
	22	23	24	25	26	27 28

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	●	63	64	65	66
	1	2	3	4	5	6 7
(12)	68	69	70	71	72	73
	8	9	10	11	12	13 14
(13)	75	●	77	78	79	80
	15	16	17	18	19	20 21
(14)	82	83	84	85	86	87
	22	23	24	25	26	27 28
(15)	89	●	91	92	93	94
	29	30	31			

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	JEU	VEN	SAM
(15)		91	92	93	94
		1	2	3	4
(16)	96	97	98	99	101
	5	6	7	8	9 10 11
(17)	103	●	105	106	107
	12	13	14	15	16 17 18
(18)	110	111	112	113	115
	19	20	21	22	23 24 25
(19)	117	●	119	120	
	26	27	28	29	30

MAI *20

DIM	LUN	MAR	JEU	VEN	SAM
(19)				121	122
				1	2
(20)	124	125	126	127	129
	3	4	5	6	7 8 9
(21)	131	●	133	134	135
	10	11	12	13	14 15 16
(22)	138	139	140	141	143
	17	18	19	20	21 22 23
(23)	145	●	147	148	149
	31	25	26	27	28 29 30

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	157	
	1	2	3	4	5 6	
(25)	159	●	161	162	163	
	7	8	9	10	11 12 13	
(26)	166	167	168	169	171	
	14	15	16	17	18 19 20	
(27)	173	●	175	176	177	
	21	22	23	24	25 26 27	
(28)	180	181				
	28	29	30			

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	185	
			1	2	3 4	
(29)	187	●	189	190	191	
	5	6	7	8	9 10 11	
(30)	194	195	196	197	199	
	12	13	14	15	16 17 18	
(31)	201	●	203	204	205	
	19	20	21	22	23 24 25	
(32)	208	209	210	211	213	
	26	27	28	29	30 31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					213	
					1	
(33)	215	●	217	218	219	
	2	3	4	5	6 7 8	
(34)	222	223	224	225	227	
	9	10	11	12	13 14 15	
(35)	229	●	231	232	233	
	16	17	18	19	20 21 22	
(36)	236	237	238	239	241	
	30	23	24	25	26 27 28 29	

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		●	245	246	247	
		1	2	3	4 5	
(38)	250	251	252	253	255	
	6	7	8	9	10 11 12	
(39)	257	●	259	260	261	
	13	14	15	16	17 18 19	
(40)	264	265	266	267	269	
	20	21	22	23	24 25 26	
(41)	271	●	273			
	27	28	29	30		

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	
			1	2	3	
(42)	278	279	280	281	283	
	4	5	6	7	8 9 10	
(43)	285	●	287	288	289	
	11	12	13	14	15 16 17	
(44)	292	293	294	295	297	
	18	19	20	21	22 23 24	
(45)	299	●	301	302	303	
	25	26	27	28	29 30 31	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	311	
	1	2	3	4	5 6 7	
(47)	313	●	315	316	317	
	8	9	10	11	12 13 14	
(48)	320	321	322	323	325	
	15	16	17	18	19 20 21	
(49)	327	●	329	330	331	
	22	23	24	25	26 27 28	
(50)	334					
	29	30				

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)		335	336	337	339	
		1	2	3	4 5	
(51)	341	●	343	344	345	
	6	7	8	9	10 11 12	
(52)	348	349	350	351	353	
	13	14	15	16	17 18 19	
(53)	355	●	357	358	359	
	20	21	22	23	24 25 26	
(2)	362	363	364	365		
	27	28	29	30	31	

7086 202 1.030

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

- 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 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 « Document de CIC requis » (CIC : Citoyenneté et Immigration Canada). La personne doit détenir une carte d'assurance maladie valide pour que la Régie assume le coût des services.
- 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.

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 virement bancaire (*dépôt direct*) émis à l'ordre de l'optométriste traitant.
- # Le virement (*dépôt*) 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 \$.

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE					
		Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE CRÉAT. DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 V	20AA-04-25	20AA-04-14 (T) 20AA-04-11 (P)	001 DE 003
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
UNTEL ROBERT 1125 CHEMIN ST-LOUIS SILLERY QC G1K 7T3 ↓ ⑨		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec.....(418) 643-8210 Montréal.....(514) 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776					
SOMMAIRE							
MESSAGES GÉNÉRAUX							
PAIEMENTS							
SPÉCIMEN							
RETENUES							
DESCRIPTION DES GAINS HONORAIRES FIXES ET SALARIAT							
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)							
OR341 4702 306 09/94						VOIR AU VERSO	

8.4.1 Description

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

8.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM : Les nom et prénom de l'optométriste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro de l'optométriste, ainsi que son chiffre-preuve.
3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif, si c'est en blanc, c'est le compte personnel.
- # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- # 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « **P** » - papier ou « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut au besoin servir de référence.
8. PAGE : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par l'optométriste pour l'envoi de ses états de compte.

Les sommaires inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux

Paielements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction.
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu.
- Montant net payé.

Description des gains : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, congé rémunéré, etc.).

Déductions cumulatives

Description des codes de transaction

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

ÉTAT DE COMPTE												
Régie de l'assurance maladie Québec Case postale: 6500 Québec (Québec) G1K 7T3												
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT RÉGLÉES JUSQU'AU		N° DU PAIEMENT	PAGE			
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-04-14 (T)		003	003			
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 V		20AA-04-25		OR-17	003			
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TITL	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	RÉF. DREM	MESSAGES			REVISION		
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE	
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a				9a	10a
<p style="font-size: 2em; margin: 0;">DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT</p> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">ACTIVITÉS</p> <p style="font-size: 4em; opacity: 0.5; transform: rotate(-5deg); margin: 20px 0;">SPÉCIMEN</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 10px 0;">REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">FIN DU RELEVÉ</p>												

OR344 4702 306 0894

VOIR AU VERSO

8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction Parties 1a à 10a

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéros des demandes de paiement ou des requêtes de règlement interne par ordre croissant. Lorsque la Régie effectue un paiement par règlement interne, le numéro de la demande est 9999.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA0107, i.e. AA pour l'année 20AA, 01 pour janvier et 07 pour le quantième.
- 3a. CODE TRA. Numéros référant au code de la transaction « TRA » (voir 8.6).
- 4a. NATURE DU MONTANT. Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. BASE DE CLACUL. Le nombre d'heures (H) ou de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT. Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement. Pour une requête de règlement interne, ce numéro de référence prend une valeur comprise entre 85 et 92.
- 8a. MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE. Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE. Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

8.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le professionnel est soumis. 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.

8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, 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.

8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du 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.**

8.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 8.6) et du code de message explicatif approprié: le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (voir également la liste des messages explicatifs à la section 8.8 du présent onglet).

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 **8.5.4 B** du présent onglet).

8.5.4 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 (voir **8.6**) et du code de message explicatif approprié: le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte. (voir également la liste des messages explicatifs à la section 8.8 du présent onglet).

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

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

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

IMPORTANT : Inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 8.6) 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 signifié la rectification d'honoraires.
(réf. : Entente, art. 13.02)

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuel et formulaires*).

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

8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2014

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
						1
(7)	34	35	36	37	▼	39
2	3	4	5	6	7	8
(8)	41	●	43	44	45	46
9	10	11	12	13	14	15
(9)	48	49	50	51	53	
16	17	18	19	20	21	22
(10)	55	●	57	58	59	
23	24	25	26	27	28	

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
						1
(11)	62	63	64	65	▼	67
2	3	4	5	6	7	8
(12)	69	●	71	72	73	74
9	10	11	12	13	14	15
(13)	76	77	78	79	▼	81
16	17	18	19	20	21	22
(14)	83	●	85	86	87	88
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)						95
		1	2	3	4	5
(16)	97	●	99	100	101	102
6	7	8	9	10	11	12
(17)	104	105	106	107	▼	109
13	14	15	16	17	18	19
(18)	111	●	113	114	115	116
20	21	22	23	24	25	26
(19)	118	119	120			
27	28	29	30			

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				121	123	
				1	2	3
(20)	125	●	127	128	129	130
4	5	6	7	8	9	10
(21)	132	133	134	135	▼	137
11	12	13	14	15	16	17
(22)	139	●	141	142	143	144
18	19	20	21	22	23	24
(23)	146	147	148	149	▼	151
25	26	27	28	29	30	31

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	153	●	155	156	157	158
1	2	3	4	5	6	7
(25)	160	161	162	163	▼	165
8	9	10	11	12	13	14
(26)	167	●	169	170	171	172
15	16	17	18	19	20	21
(27)	174	175	176	177	▼	179
22	23	24	25	26	27	28
(28)	181					
29	30					

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)						186
		1	2	3	4	5
(29)	188	189	190	191	▼	193
6	7	8	9	10	11	12
(30)	195	●	197	198	199	200
13	14	15	16	17	18	19
(31)	202	203	204	205	▼	207
20	21	22	23	24	25	26
(32)	209	●	211	212		
27	28	29	30	31		

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						214
				1	2	
(33)	216	217	218	219	▼	221
3	4	5	6	7	8	9
(34)	223	●	225	226	227	228
10	11	12	13	14	15	16
(35)	230	231	232	233	▼	235
17	18	19	20	21	22	23
(36)	237	●	239	240	241	242
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)	244	245	246	247	▼	249
	1	2	3	4	5	6
(38)	251	●	253	254	255	256
7	8	9	10	11	12	13
(39)	258	259	260	261	▼	263
14	15	16	17	18	19	20
(40)	265	●	267	268	269	270
21	22	23	24	25	26	27
(41)	272	273				
28	29	30				

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						277
			1	2	3	4
(42)	279	●	281	282	283	284
5	6	7	8	9	10	11
(43)	286	287	288	289	▼	291
12	13	14	15	16	17	18
(44)	293	●	295	296	297	298
19	20	21	22	23	24	25
(45)	300	301	302	303	▼	
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
						1
(46)	307	●	309	310	311	312
2	3	4	5	6	7	8
(47)	314	315	316	317	▼	319
9	10	11	12	13	14	15
(48)	321	●	323	324	325	326
16	17	18	19	20	21	22
(49)	328	329	330	331	▼	333
23	24	25	26	27	28	29
30						

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)	335	●	337	338	339	340
	1	2	3	4	5	6
(51)	342	343	344	345	▼	347
7	8	9	10	11	12	13
(52)	349	●	351	352	353	354
14	15	16	17	18	19	20
(53)	356	357	358	359	▼	361
21	22	23	24	25	26	27
(2)	363	●	365			
28	29	30	31			

7096_292_14/03

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Règle de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2015

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	34	35	36	▼	38
(8)	40	41	42	43	44	45
(9)	47	48	49	50	▼	52
(10)	54	55	56	57	58	59

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	62	63	64	▼	66
(12)	68	69	70	71	72	73
(13)	75	76	77	78	▼	80
(14)	82	83	84	85	86	87
(15)	89	90	▼	▼	▼	▼

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	100	101
(17)	103	104	105	106	▼	108
(18)	110	111	112	113	114	115
(19)	117	118	119	120	▼	▼

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(19)				121	122	123
(20)	124	125	126	127	128	129
(21)	131	132	133	134	▼	136
(22)	138	139	140	141	142	143
(23)	145	146	147	148	▼	150

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	156	157
(25)	159	160	161	162	▼	164
(26)	166	167	168	169	170	171
(27)	173	174	175	176	▼	178
(28)	180	181	▼	▼	▼	▼

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	184	185
(29)	187	188	189	190	▼	192
(30)	194	195	196	197	198	199
(31)	201	202	203	204	▼	206
(32)	208	209	210	211	212	▼

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)				213	214	215
(33)	215	216	217	218	▼	220
(34)	222	223	224	225	226	227
(35)	229	230	231	232	▼	234
(36)	236	237	238	239	240	241

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)			244	245	246	248
(38)	250	251	252	253	254	255
(39)	257	258	259	260	▼	262
(40)	264	265	266	267	268	269
(41)	271	272	273	▼	▼	▼

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			274	275	276	278
(42)	278	279	280	281	282	283
(43)	285	286	287	288	▼	290
(44)	292	293	294	295	296	297
(45)	299	300	301	302	▼	304

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	310	311
(47)	313	314	315	316	▼	318
(48)	320	321	322	323	324	325
(49)	327	328	329	330	▼	332
(50)	334	335	▼	▼	▼	▼

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)			336	337	338	339
(51)	341	342	343	344	▼	346
(52)	348	349	350	351	352	353
(53)	355	356	357	358	▼	360
(54)	362	363	364	365	▼	▼

7096 287 1309

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DÉPÔT DIRECT

9. PAIEMENT À 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 virement bancaire (*dépôt direct*) émis à l'ordre de l'optométriste traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir paiement.
- # Le virement (*dépôt*) 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 \$.

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-04-07 (T)	001	002
1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 1125 CHEMIN ST-LOUIS SILLERY QC G1K 7T3 9		Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....(418) 643-8210 Montréal:.....(514) 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776					
SOMMAIRE							
MESSAGES GÉNÉRAUX							
PAIEMENTS							
SPÉCIMEN							
RETENUES							
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)							

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

9.4.1 Description

L'état de compte contient, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions.

9.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire

Les renseignements suivants figurent à la partie supérieure de l'état de compte :

1. NOM : Les nom et prénom de l'optométriste.
2. NUMÉRO DU PROFESSIONNEL : Numéro de l'optométriste, ainsi que son chiffre-preuve.
3. NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT : Numéro du compte administratif, si c'est en blanc, c'est le compte personnel.
- # 4. NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT BANCAIRE (DÉPÔT DIRECT) : Le numéro du chèque ou du virement bancaire (*dépôt direct*) dont le montant correspond au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre « **C** » figure entre parenthèses et dans le second cas, il s'agit de la lettre « **V** ».
- # 5. DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement bancaire (*dépôt direct*) est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- # 6. DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU : Les demandes de paiement reçues à la Régie jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre « **P** » - papier ou « **T** » par Internet ou par télécommunication.
7. NUMÉRO DU PAIEMENT : Ce numéro peut, au besoin servir de référence.
8. PAGE : La pagination est en fonction du nombre total de pages de l'état de compte. Ainsi, page 1 de 8 indique que c'est la première page d'un document de 8 pages.
9. NOM ET ADRESSE : Nom et adresse postale fournis par l'optométriste pour l'envoi de ses états de compte.

Les sommaires inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

Sommaire

Le sommaire de rémunération constitue un résumé des transactions. Il comporte les renseignements suivants :

Messages généraux Paiements et retenues

- Total des montants payés par type de transaction;
- Montants de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
- Montant net payé;

Description des gains : Les sommes versées par la Régie y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, etc.).

Déductions cumulatives

Description des codes de transaction

2^e page (et pages subséquentes) de l'état de compte

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT RÉGLÉES ASSU/AD			N° DU PAIEMENT		PAGE	
Case postale 6500 Québec (Québec) G1K 7T3		LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						20AA-04-07 (T)			0R-16		002 de 002	
NOM		N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE S'ÉCOULEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE									
UNTEL		ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 V	20AA-04-18		20AA-03-28 (P)			0R-16			
N° DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYE	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION				
							1	2	3	ANTERIEURE	NOUVELLE			
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a				9a	10a		
DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT														
ACTIVITÉS														
SPÉCIMEN														
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE														
FIN DU RELEVÉ														
OR344 4702 306 09/94													VOIR AU VERSO	

9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction

(Parties 1a à 10a)

- 1a. NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour.
- 3a. CODE TRA. Numéros référant au code de la transaction (TRA) (voir 9.6).
- 4a. NATURE DU MONTANT. Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
- 5a. TEMPS PAYÉ. Le nombre d'heures (H) payées ou rectifiées.
- 6a. MONTANT. Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM. Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de paiement.
- 8a. MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés dont les textes figurent à la dernière page de cet état de compte.
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE. Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE. Le nombre d'heures, de jours ou le montant payé après révision.

9.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de refacturation auxquels le professionnel est soumis. 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.

9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

Dans ces cas, 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.

9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du 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.**

9.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (voir 9.6) et du code de message explicatif approprié: le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte (voir également la liste des messages explicatifs à la section 9.8 du présent onglet).

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 9.5.4 B du présent onglet).

9.5.4 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 (voir 9.6) et du code de message explicatif approprié: le texte du message figure à la dernière page de l'état de compte (voir également la liste des messages explicatifs à la section 9.8 du présent onglet).

Dans ce cas, il y a deux façons de procéder :

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

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

IMPORTANT : Inscrire la **lettre « B »** dans la case C.S. de la nouvelle demande de paiement et, dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la **date de l'état de compte** sur lequel il figure.

- b) RÉVISION : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 9.6) 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 signifié la rectification d'honoraires (réf. : Entente, art. 13.02)

Pour toute demande de révision utiliser le formulaire *Demande de révision ou d'annulation* (n° 1549) (voir onglet *Manuel et formulaires*).

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

9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2014)

Régie de l'assurance maladie Québec

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

2014

JANVIER *21

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						32
(7)	2	3	4	5	6	7 8
(8)	9	10	11	12	13	14 15
(9)	16	17	18	19	20	21 22
(10)	23	24	25	26	27	28

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(10)						60
(11)	2	3	4	5	6	7 8
(12)	9	10	11	12	13	14 15
(13)	16	17	18	19	20	21 22
(14)	23	24	25	26	27	28 29

AVRIL *20

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

MAI *21

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

JUIN *20

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

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)		1	2	3	4	5
(29)	6	7	8	9	10	11 12
(30)	13	14	15	16	17	18 19
(31)	20	21	22	23	24	25 26
(32)	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					1	2
(33)	3	4	5	6	7	8 9
(34)	10	11	12	13	14	15 16
(35)	17	18	19	20	21	22 23
(36)	24	25	26	27	28	29 30

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		1	2	3	4	5 6
(38)	7	8	9	10	11	12 13
(39)	14	15	16	17	18	19 20
(40)	21	22	23	24	25	26 27
(41)	28	29	30			

OCTOBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)			1	2	3	4
(42)	5	6	7	8	9	10 11
(43)	12	13	14	15	16	17 18
(44)	19	20	21	22	23	24 25
(45)	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(45)						305
(46)	2	3	4	5	6	7 8
(47)	9	10	11	12	13	14 15
(48)	16	17	18	19	20	21 22
(49)	23	24	25	26	27	28 29

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)						340
(51)	1	2	3	4	5	6
(52)	7	8	9	10	11	12 13
(53)	14	15	16	17	18	19 20
(54)	21	22	23	24	25	26 27
(55)	28	29	30	31		

7085 202 1403

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT (2015)

Régie de l'assurance maladie
Québec

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

2015

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	●	35	36	37	38
1	2	3	4	5	6	7
(8)	40	41	42	43	44	45
9	9	10	11	12	13	14
(9)	47	●	49	50	51	52
15	16	17	18	19	20	21
(10)	54	55	56	57	●	59
22	23	24	25	26	27	28

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	●	63	64	65	66
1	2	3	4	5	6	7
(12)	68	69	70	71	72	73
8	9	10	11	12	13	14
(13)	75	●	77	78	79	80
15	16	17	18	19	20	21
(14)	82	83	84	85	●	87
22	23	24	25	26	27	28
(15)	89	●				
29	30	31				

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	JEU	VEN	SAM
(15)			1	2	3
			1	2	3
(16)	96	97	98	99	101
5	6	7	8	9	10
(17)	103	●	105	106	107
12	13	14	15	16	17
(18)	110	111	112	113	115
19	20	21	22	23	24
(19)	117	●	119	120	
26	27	28	29	30	

MAI *20

DIM	LUN	MAR	JEU	VEN	SAM
(19)				1	2
				1	2
(20)	124	125	126	127	129
3	4	5	6	7	8
(21)	131	●	133	134	135
10	11	12	13	14	15
(22)	138	139	140	141	143
17	18	19	20	21	22
(23)	145	●	147	148	149
23	24	25	26	27	28
(24)	152	153	154	155	157
31					

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)				1	2	
				1	2	
(25)	159	●	161	162	163	
7	8	9	10	11	12	
(26)	166	167	168	169	171	
14	15	16	17	18	19	
(27)	173	●	175	176	177	
21	22	23	24	25	26	
(28)	180	181				
28	29	30				

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)				1	2	
				1	2	
(29)	187	●	189	190	191	
5	6	7	8	9	10	
(30)	194	195	196	197	199	
12	13	14	15	16	17	
(31)	201	●	203	204	205	
19	20	21	22	23	24	
(32)	208	209	210	211	213	
26	27	28	29	30	31	

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)						
					1	
(33)	215	●	217	218	219	
2	3	4	5	6	7	
(34)	222	223	224	225	227	
9	10	11	12	13	14	
(35)	229	●	231	232	233	
16	17	18	19	20	21	
(36)	236	237	238	239	241	
23	24	25	26	27	28	
(37)	243	244	245	246	247	
30	31					

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				1	2	
				1	2	
(38)	250	251	252	253	255	
6	7	8	9	10	11	
(39)	257	●	259	260	261	
13	14	15	16	17	18	
(40)	264	265	266	267	269	
20	21	22	23	24	25	
(41)	271	●	273			
27	28	29	30			

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				1	2	
				1	2	
(42)	278	279	280	281	283	
4	5	6	7	8	9	
(43)	285	●	287	288	289	
11	12	13	14	15	16	
(44)	292	293	294	295	297	
18	19	20	21	22	23	
(45)	299	●	301	302	303	
25	26	27	28	29	30	

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)						
					1	
(47)	313	●	315	316	317	
8	9	10	11	12	13	
(48)	320	321	322	323	325	
15	16	17	18	19	20	
(49)	327	●	329	330	331	
22	23	24	25	26	27	
(50)	334					
29	30					

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)						
					1	
(51)	341	●	343	344	345	
6	7	8	9	10	11	
(52)	348	349	350	351	353	
13	14	15	16	17	18	
(53)	355	●	357	358	359	
20	21	22	23	24	25	
(54)	362	363	364	365	367	
27	28	29	30	31		

7005 932 1 1329

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

NOMENCLATURE	TAUX
EXAMENS DE LA VISION	
+ 9001	Examen complet. 28,55
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire obligatoirement le numéro (5 chiffres) du cabinet d'optométrie dans la case ÉTABLISSEMENT de votre demande de paiement. Voir la règle d'application 1.18.</i>
	<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)). Voir la règle d'application 1.23.</i>
+ 9021	Supplément à l'examen complet (75 ans ou plus) 5,70
9002	Examen partiel 12,00
	NOTE: L'examen partiel est considéré comme un service assuré pour toutes les personnes admissibles au Régime d'assurance maladie du Québec.
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.04 et 1.22.</i>
	<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 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>
	- 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
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 et 1.23.</i>
	<i>Ce code d'acte ne peut être facturé pour un examen subséquent relié à un examen spécifique de lentilles de contact. Dans ce dernier cas, le code suivant doit être utilisé:</i>
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 4,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles d'application 1.10, 1.14 et 1.23.</i>
	<i>Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement que l'acte codé 9001, 9002, 9004, 9017, 9019 ou 9022 auquel il s'applique.</i>

NOMENCLATURE		TAUX
9003	Examen de contrôle en orthoptique	14,50
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

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.

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 :

NOMENCLATURE	TAUX
9006 Examen du champ visuel central	8,00
<u>AVIS :</u> <i>Veillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</i>	
9007 Examen du champ visuel périphérique	8,00
<u>AVIS :</u> <i>Veillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</i>	
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>Veillez 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>	
9013 Examen des champs visuels central et périphérique	16,00
<u>AVIS :</u> <i>Veillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</i>	
EXAMENS SPÉCIFIQUES	
9010 Examen spécifique 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>Veillez 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>	

NOMENCLATURE		TAUX
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>	
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	20,73
	<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>	