



# MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

**MISE À JOUR 35  
FÉVRIER 2016**

*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

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#) et [2](#)

### TABLE DES MATIÈRES

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#) à 4

### ENTENTE

- Modifications administratives

**Pages :** [24](#), [25](#) et [66](#)

### PERSONNES ASSURÉES

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#), [4](#), [8](#) et [9](#)

### RÉMUNÉRATION À L'ACTE

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#) et [6](#)

### RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#) à 8, [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [16](#), [17](#) et [20](#)

## RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#) à 7, [9](#) à 12

## PAIEMENT À L'ACTE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

**Pages :** [1](#), [3](#), [9](#), [10](#), [13](#), [14](#) et [16](#)

## PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

**Pages :** [9](#), [10](#), [12](#), [14](#), [18](#) et [19](#)

## PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Modifications administratives

**Pages :** [9](#) à 11

## TARIF D'HONORAIRES

- Modifications administratives

**Pages :** [12](#), [15](#) et [16](#)

## DIAGNOSTICS

- Modifications administratives

**Pages :** [2](#) à 4

## MANUEL ET FORMULAIRES

- Modification administrative

**Page :** [1](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les infolettres suivantes : 113 / 30 juillet 2014, 210 / 19 décembre 2014, 054 / 11 juin 2015, 078 / 2 juillet 2015, 145 / 30 septembre 2015.

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # : Modification ou ajout de contenu administratif
  - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
  - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
  - T : Modification du tarif
  - S : Suppression de contenu administratif ou officiel

***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.

# Pour toute **COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE**, (Centre d'assistance aux professionnels), 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](mailto: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 et de manuels sauf pour les formulaires 1215, 1216 et 1944)

### 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

<b>Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ</b>
--

**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.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. ENTENTE .....	<b>1</b>
CHAPITRE I - DÉFINITIONS ET CLAUSES ORGANIQUES .....	<b>2</b>
CHAPITRE II - SÉCURITÉ SYNDICALE .....	<b>3</b>
CHAPITRE III - OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL .....	<b>5</b>
CHAPITRE IV - MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION .....	<b>9</b>
CHAPITRE V - DIFFÉREND ET ARBITRAGE .....	<b>15</b>
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES .....	<b>18</b>
ANNEXE I AVIS DE DÉSENGAGEMENT, DE RÉENGAGEMENT OU DE NON- PARTICIPATION .....	<b>21</b>
ANNEXE II TARIF D'HONORAIRES RELATIF AUX SERVICES ASSURÉS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE .....	<b>22</b>
ANNEXE III CONDITIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET L'APPLICATION DES TARIFS .....	<b>23</b>
ANNEXE IV TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES ET AU TARIF HORAIRE ..	<b>24</b>
ANNEXE V AVANTAGES SOCIAUX .....	<b>27</b>
ANNEXE VI FORMULE DE DIFFÉREND .....	<b>73</b>
ANNEXE VII LISTE DES ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS .....	<b>75</b>
ANNEXE VIII ABROGÉE .....	<b>76</b>
ANNEXE IX DISPOSITIONS TRANSITOIRES CONCERNANT LES OPTOMÉTRISTES PRÉSENTÉMENT À L'EMPLOI D'UN CENTRE DE RÉADAPTATION .....	<b>77</b>
ANNEXE X CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RÉTROACTIVITÉ DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT DE L'ENTENTE-CADRE (2010-2015) .....	<b>79</b>
LETTRES D'ENTENTE N <sup>OS</sup> 1 à 20 .....	<b>81</b>
PROTOCOLE D'ACCORD .....	<b>1</b>

	<i>Page</i>
2. PERSONNES ASSURÉES . . . . .	<b>1</b>
2.1 DÉFINITION DES CATÉGORIES DE PERSONNES ASSURÉES . . . . .	<b>1</b>
2.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE . . . . .	<b>1</b>
2.2.1 Description de la carte d'assurance maladie . . . . .	<b>1</b>
2.2.2 Modèles de carte . . . . .	<b>2</b>
2.2.3 Vérification de la carte (Validité) . . . . .	<b>4</b>
2.3 HANDICAPÉ VISUEL . . . . .	<b>5</b>
2.4 PRESTATAIRES D'UN PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS . . . . .	<b>6</b>
2.5 DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA . . . . .	<b>7</b>
2.6 DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES OPTOMÉTRIQUES AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC . . . . .	<b>8</b>
3. RÉMUNÉRATION À L'ACTE . . . . .	<b>1</b>
DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1500</i> ) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire 2058</i> ) . . . . .	<b>1</b>
3.0 AVANT-PROPOS . . . . .	<b>1</b>
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1500</i> ) . . . . .	<b>2</b>
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT . . . . .	<b>3</b>
3.2.1 Identité de la personne assurée . . . . .	<b>3</b>
3.2.2 Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés . . . . .	<b>4</b>
3.2.3 Diagnostic et renseignements complémentaires . . . . .	<b>5</b>
3.2.4 Services . . . . .	<b>7</b>
# 3.2.5 Établissement . . . . .	<b>13</b>
# 3.2.6 Signature de l'optométriste ou de son mandataire . . . . .	<b>14</b>
#3.3 EXPÉDITION . . . . .	<b>14</b>
#3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE ( <i>formulaire 2058</i> ) . . . . .	<b>15</b>
4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES . . . . .	<b>1</b>
DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1216</i> ) . . . . .	<b>1</b>
4.0 AVANT-PROPOS . . . . .	<b>1</b>
4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT . . . . .	<b>2</b>
4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT . . . . .	<b>4</b>
#4.3 EXPÉDITION . . . . .	<b>17</b>
#4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ ( <i>annexe V</i> ) . . . . .	<b>18</b>



	<i>Page</i>
#4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE ( <i>annexe V</i> ).....	18
#4.6 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS.....	20
4.7 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE ( <i>formulaire 1944</i> ).....	20
5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE.....	1
DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1215</i> ).....	1
5.0 AVANT-PROPOS.....	1
5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ( <i>formulaire 1215</i> ).....	2
5.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT.....	4
5.3 EXPÉDITION.....	12
5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE ( <i>formulaire 1944</i> ).....	12
5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ.....	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 (2016-2017).....	9
7.9 MESSAGES EXPLICATIFS.....	11

	<i>Page</i>
8. PAIEMENT À HONORAIRES FIXES ET MESSAGES EXPLICATIFS . . .	<b>1</b>
8.1 MODE DE PAIEMENT . . . . .	<b>1</b>
8.2 DÉLAI DE PAIEMENT . . . . .	<b>1</b>
8.3 FACTURATION INFORMATISÉE . . . . .	<b>1</b>
8.4 ÉTAT DE COMPTE . . . . .	<b>2</b>
8.4.1 Description . . . . .	<b>3</b>
8.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire . . . . .	<b>3</b>
8.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction Parties 1a à 10a. . . . .	<b>5</b>
8.4.2 Vérification des paiements . . . . .	<b>5</b>
8.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT . . . . .	<b>5</b>
8.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé . . . . .	<b>5</b>
8.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement . . . . .	<b>5</b>
8.5.3 Paiement refusé en partie . . . . .	<b>6</b>
8.5.4 Paiement refusé en totalité . . . . .	<b>6</b>
8.5.5 Annulation d'une demande de paiement . . . . .	<b>7</b>
8.6 CODES DE TRANSACTIONS . . . . .	<b>8</b>
#8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016-2017) . . . . .	<b>9</b>
8.8 MESSAGES EXPLICATIFS . . . . .	<b>11</b>
9. PAIEMENT À TARIF HORAIRE ET MESSAGES EXPLICATIFS . . . . .	<b>1</b>
9.1 MODE DE PAIEMENT . . . . .	<b>1</b>
9.2 DÉLAI DE PAIEMENT . . . . .	<b>1</b>
9.3 FACTURATION INFORMATISÉE . . . . .	<b>1</b>
9.4 ÉTAT DE COMPTE . . . . .	<b>2</b>
9.4.1 Description . . . . .	<b>3</b>
9.4.1.1 Renseignements généraux Parties 1 à 9 et sommaire . . . . .	<b>3</b>
9.4.1.2 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction . . . . .	<b>5</b>
9.4.2 Vérification des paiements . . . . .	<b>5</b>
9.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT . . . . .	<b>5</b>
9.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé . . . . .	<b>5</b>
9.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement . . . . .	<b>5</b>
9.5.3 Paiement refusé en partie . . . . .	<b>6</b>
9.5.4 Paiement refusé en totalité . . . . .	<b>6</b>
9.5.5 Annulation d'une demande de paiement . . . . .	<b>7</b>
9.6 CODES DE TRANSACTIONS . . . . .	<b>8</b>
#9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016-2017) . . . . .	<b>9</b>
9.8 MESSAGES EXPLICATIFS . . . . .	<b>11</b>

### ANNEXE III CONDITIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET L'APPLICATION DES TARIFS

**ARTICLE 1 :** *ABROGÉ À COMPTER DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2002*

**ARTICLE 2 :** *ABROGÉ À COMPTER DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2002*

**ARTICLE 3 :** *ABROGÉ À COMPTER DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2002*

**ARTICLE 4 :** *ABROGÉ À COMPTER DU 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juin 2009 au 28 février 2013 : 21 247 \$

Du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 28 février 2014 : 22 552 \$

À compter du 1<sup>er</sup> 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 :

<b>Honoraires fixes / Taux annuels de rémunération</b>		
Expérience *	<b>2014-04-01 au 2015-03-30</b>	<b>À compter du 2015-03-31</b>
Moins de 6 mois	67 005 \$	67 675 \$
6 mois mais moins de 1 an	68 057 \$	68 738 \$
1 an mais moins de 18 mois	69 162 \$	69 854 \$
18 mois mais moins de 2 ans	70 398 \$	71 102 \$
2 ans mais moins de 3 ans	74 390 \$	75 134 \$
3 ans mais moins de 4 ans	78 607 \$	79 393 \$
4 ans mais moins de 5 ans	83 065 \$	83 896 \$
5 ans et plus	87 779 \$	88 657 \$

\* 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 *	2014-04-01 au 2015-03-30	À compter du 2015-03-31
Moins de 6 mois	51,27 \$	51,78 \$
6 mois mais moins de 1 an	52,08 \$	52,60 \$
1 an mais moins de 18 mois	52,93 \$	53,46 \$
18 mois mais moins de 2 ans	53,88 \$	54,42 \$
2 ans mais moins de 3 ans	56,92 \$	57,49 \$
3 ans mais moins de 4 ans	60,16 \$	60,76 \$
4 ans mais moins de 5 ans	63,56 \$	64,20 \$
5 ans et plus	67,18 \$	67,85 \$

\* 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> avril 2010 incluant la majoration de 0,5 % du 1<sup>er</sup> avril 2010, de 0,75 % du 1<sup>er</sup> avril 2011, de 1,0 % du 1<sup>er</sup> avril 2012, de 1,75 % du 1<sup>er</sup> avril 2013 et de 2,0 % du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

**8.05** Le contrat d'assurance relatif au régime complémentaire d'assurance invalidité doit contenir entre autres les dispositions suivantes :

- a) les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du régime ne doivent pas être exclues de ce seul fait;
- b) si un optométriste reçoit un revenu parce qu'il vaque à une occupation qui constitue un programme normal de rééducation, la rente alors payable en vertu du présent régime sera réduite de cinquante pour cent (50 %) du revenu ainsi reçu.

Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de rééducation, l'optométriste n'a droit de recevoir de la Régie aucune autre rémunération, indemnité, prestation, rente ou congé payé que la rente prévue au paragraphe 8.03 ou que la rente et la rémunération prévues au sous-alinéa précédent:

**AVIS** : *L'optométriste qui revient au travail après une absence pour invalidité de plus de 104 semaines, doit informer la Régie qu'il est ou pas en période de rééducation. Dans ce dernier cas, il informe la Régie des dates de la période de rééducation.*

- c) la terminaison de l'assurance, y compris la terminaison par suite de la terminaison du contrat d'assurance, doit se faire sans préjudice quant aux droits d'un optométriste alors invalide;
- d) dans le cas où les fonctions de l'optométriste sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par l'optométriste.

**8.06** Les prestations d'invalidité de base et la rente d'invalidité de longue durée sont réduites de la rente d'invalidité ou de retraite que peut recevoir l'optométriste du Régime de rentes du Québec, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec* et du *Régime de retraite* et de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.

**AVIS** : *Utiliser le code de congé 71 pour la facturation d'une période d'invalidité où l'optométriste reçoit une rente d'invalidité d'autres organismes gouvernementaux, en indiquant :*

- le nom de cet organisme
- le montant de la rente d'invalidité ou de retraite reçu.

L'optométriste qui reçoit une prestation d'invalidité de base et atteint 71 ans et qui, au 31 décembre de cette année, ne reçoit pas une rente de retraite au sens de l'alinéa précédent, a le fardeau de démontrer qu'il n'y a pas droit.

**8.07** Les prestations d'invalidité de base des trois (3) premières semaines d'invalidité sont réduites de toute rémunération. Celles des cent une (101) semaines suivantes sont réduites de toute rémunération excédant quinze pour cent (15 %) des prestations. La rente d'invalidité de longue durée est réduite de toute rémunération excédant vingt-cinq pour cent (25 %) de cette rente.

La rémunération visée à l'alinéa précédent est celle versée par la Régie quel que soit le mode de rémunération ainsi que la rémunération des activités de réadaptation ou de rééducation prévue aux paragraphes 8.02 a) ii) et 8.05 b).

Dans le cas de la rémunération des activités de réadaptation et de rééducation, on ne retient que la partie de la rémunération qui, additionnée aux prestations ou à la rente réduites d'invalidité, dépasse les prestations ou la rente normale d'invalidité.

**8.08** L'assurance d'un optométriste se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de la retraite sauf pour l'assurance complémentaire d'invalidité de longue durée qui se termine à 63 ans.

**8.09** Régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire

Sous réserve des exigences des assureurs et des exemptions applicables, l'optométriste adhère au régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire. La Régie perçoit, selon les données fournies par l'assureur, les primes qui sont à la charge de l'optométriste.

## 9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE

**9.01** Les optométristes admissibles aux régimes d'avantages sociaux précédemment décrits participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics selon les conditions qui y sont fixées.

## 10.00 RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

# **AVIS :** *Pour aviser la Régie des dispositions du présent régime, veuillez utiliser le formulaire Adhésion au régime de congé à traitement différé (3326).*

### 10.01 Définition

Le régime de congé à traitement différé vise à permettre à l'optométriste d'étaler sa rémunération sur une période déterminée, afin de pouvoir bénéficier d'un congé.

Ce régime comprend une période d'activités professionnelles et une période de congé pendant lesquelles l'optométriste reçoit une rémunération réduite d'un pourcentage de contribution.

La période de congé se situe soit au début, en cours ou à la fin du régime pour l'optométriste à temps plein dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu à l'article 8 de l'Entente.

La période de congé se situe à la fin du régime pour l'optométriste à demi-temps ou à temps plein mais dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu à l'article 8 de l'Entente.

### 10.02 Durée du régime

La durée du régime de congé à traitement différé peut être de deux (2) ans, de trois (3) ans, de quatre (4) ans ou de cinq (5) ans à moins d'être prolongée, suite à l'application des dispositions prévues aux alinéas f, g et j du paragraphe 10.06. Cependant, la durée du régime, y incluant les prolongations, ne peut, en aucun cas, excéder sept (7) ans.

### 10.03 Durée du congé

La durée du congé peut être de six (6) mois à un (1) an, tel que prévu à l'alinéa a) du paragraphe 10.06.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 52.*



## 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

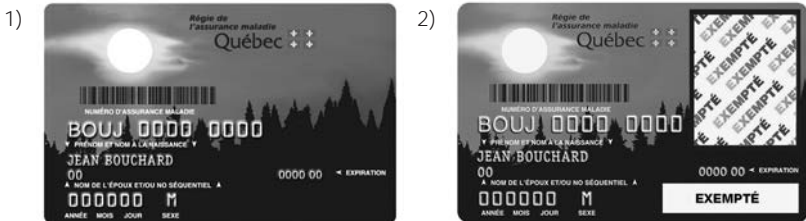
# Différents modèles de carte peuvent être présentés et il importe de valider la **date d'expiration** avant de rendre des services assurés. La période de validité de la carte passera à huit ans au cours des prochaines années pour la plupart des personnes assurées.

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 de 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* (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* (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* (2058) (voir la section 3.4 de l'onglet 3. *REMUNÉRATION 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.

**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 :

- # Autorisations médicales  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
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 :

- # Autorisations médicales  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
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. RÉMUNÉRATION À L'ACTE

#### DEMANDE DE PAIEMENT (*formulaire 1500*) ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (*formulaire 2058*)

##### 3.0 AVANT-PROPOS

La Régie met à la disposition de tous les optométristes rémunérés à l'acte le formulaire *Demande de paiement – Optométriste (acte)* (1500) et le formulaire *Demande de remboursement de la personne assurée* (2058).

- # Pour obtenir des exemplaires de ce formulaire, consulter le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut être effectuée en ligne en remplissant le formulaire dynamique *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Elle peut aussi être acheminée par télécopieur ou par la poste aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.

Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux qui sont exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

**- Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

- Remplir le formulaire en lettres détachées majuscules.
- Toute erreur ou omission (date, etc.) dans la rédaction de la demande de paiement peut entraîner son annulation.
- Les honoraires s'inscrivent sans le signe de dollar (\$).

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1500)

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMETRISTE 1500 08/03

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE

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

①

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ANNÉE | MOIS

EXPIRATION

ADRESSE

CODE POSTAL

INIT. NOM DE L'OPTOMETRISTE

NUMÉRO

GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

③

CODE DE DIAGNOSTIC

--	--	--	--

ÉTABLISSEMENT

⑤

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMETRISTE

DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ANNÉE   MOIS   JOUR		
④	9 0	
	9 0	
	9 0	
	9 0	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE	9 0	
	<b>TOTAL</b>	

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

⑥

SIGNATURE DE L'OPTOMETRISTE OU DE SON MANDATAIRE

La demande de paiement comporte six sections :

1. Identité de la personne assurée
2. Identité de l'optométriste ayant fourni les services assurés
3. Diagnostic et renseignements complémentaires
4. Date des services, inscription des codes d'acte, des honoraires et C.S.
5. Identification de l'établissement où les services ont été rendus
6. Signature de l'optométriste ayant fourni les services assurés ou de son mandataire.

La partie supérieure gauche de la demande de paiement comporte un numéro d'identification. Il figure dans toute correspondance relative à cette dernière.

## 3.2.3 Diagnostic et renseignements complémentaires

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	ANNÉE   MOIS												
ADRESSE	EXPIRATION														
RIT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE		NUMÉRO	GROUPE												
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
<b>SPÉCIMEN</b>															
ÉTABLISSEMENT															
		<b>Régie de l'assurance maladie Québec</b>													
<b>EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE</b>															
DATE DES SERVICES		ACTE	HONORAIRES												
ANNÉE   MOIS   JOUR		9 0													
		9 0													
		9 0													
CONSIDÉRATION SPÉCIALE		TOTAL													
<input type="checkbox"/>															
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.															
SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE															

## 3.2.3.1 Diagnostic

Inscrire le ou les diagnostics selon la codification numérique ou la terminologie de la classification internationale des maladies (voir l'onglet *Diagnostics*).

- l'absence de problème visuel identifiable ou de pathologie doit être indiquée ainsi : **V72.0 ou vision normale**.
- s'il n'y a qu'un seul diagnostic, inscrire le code ou le nom du diagnostic dans la case appropriée.
- s'il y a plusieurs diagnostics, les inscrire par ordre d'importance. Le diagnostic identifiant la personne handicapée visuelle, ne détenant pas de carnet de réclamation, est **prioritaire**.

Si l'acte requiert un diagnostic particulier, l'inscrire en premier lieu.

## 3.2.3.2 Renseignements complémentaires

Tout autre renseignement, jugé nécessaire ou utile, doit y être inscrit pour permettre l'appréciation de la demande de paiement tel : n° d'inscription à la Régie (9510XXX) ou le nom du centre reconnu pour les handicapés visuels de 18 à 64 ans, etc.

Si l'espace s'avère insuffisant pour inscrire tous les renseignements dans cette section, compléter les renseignements requis sur le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (1944) : inscrire la lettre « **A** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* et joindre le document à la demande de paiement.

**FRAIS DE DÉPLACEMENT :**

- Indiquer dans la partie inférieure droite de la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* sous la case *CODE DE DIAGNOSTIC* le déplacement en kilomètres dans un sens seulement (ex. : XX km). L'adresse du lieu de la visite **ou** le code d'établissement doit être inscrit sur la demande de paiement.
- Lorsqu'une description détaillée du déplacement est requise, utiliser le formulaire *Document complémentaire - considération spéciale* (1944), inscrire la lettre « **A** » dans la case *CONSIDÉRATION SPÉCIALE* et le joindre à la demande de paiement.

3.2.3.3 Document complémentaire - Considération spéciale (formulaire 1944)



NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ①	N° DU PROFESSIONNEL ②	NUMÉRO DU GROUPE ③	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ④
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE ⑤	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ⑥	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑦	

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼

⑧

SPÉCIMEN

▼

JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE  
ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1944 202 1504

#

# Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

- 1- **Nom du professionnel de la santé** : initiale et nom de famille de l'optométriste ayant fourni les services;
- 2- **Numéro d'inscription du professionnel de la santé** : n° d'inscription de l'optométriste;
- 3- **Numéro du groupe** : n° de groupe (compte administratif) assigné par la Régie, s'il y a lieu;


- 4- **Numéro de la demande de paiement** : numéro figurant au coin supérieur gauche de la demande correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros concernés et joindre une copie à chaque demande à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer);
- 5- **Nom de la personne assurée** : prénom au complet et nom de famille à la naissance;
- 6- **Numéro d'assurance maladie** : numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- 7- **Date du service** : date des services rendus;
- 8- **Dans cette partie du formulaire** : donner, de la façon la plus complète possible, les explications qui ne sont pas déjà fournies dans le bloc DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement. Ce document **doit être signé** par l'optométriste ou son mandataire.

**Remarque** : Ce document **ne doit pas être utilisé** comme demande de paiement ou demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être annexé.

### 3.2.4 Services

#### 3.2.4.1 Date des services

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

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b> 		
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE		
NOM DE L'ÉPOUXÉ/OU MO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				
DATE DE NAISSANCE	ANNÉE   MOIS   JOUR   SEXE	DATE DES SERVICES	ACTE	HONORAIRES
ADRESSE	CODE POSTAL	ANNÉE   MOIS   JOUR	9   0   0   1	28,55
INT.	NOM DE L'OPTOMÉTRISTE	EXPIRATION	9   0   0   5	10,00
NUMÉRO	GROUPE	CODE DE DIAGNOSTIC	9   0	...
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CONSIDÉRATION SPÉCIALE	9   0	...
<b>SPÉCIMEN</b>			<b>TOTAL</b>	38,55
ÉTABLISSEMENT		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS		
		SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE		

#### 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* (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. Inscrire la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- Toujours inscrire le montant demandé dans la case *HONORAIRES* en regard de chaque acte visé par la demande de considération spéciale.

## 3.2.4.4 Services rendus à une personne handicapée visuelle

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 252 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

ADRESSE

INSTR. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE

NUMÉRO

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

DATE DES SERVICES

ANNÉE	MOIS	JOUR	ACTE	HONORAIRES
1	4	0	9	28,55
4	0	1	0	
0	4	0	0	
0	1	1	0	
			0	
			0	
			0	
			<b>TOTAL</b>	<b>28,55</b>

CONSIDÉRATION SPÉCIALE

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<sup>er</sup> exemple de demande de paiement

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 292 08/05

Régie de l'assurance maladie Québec

**EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE**

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

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	9, 0, 0, 4	13;50
		1	9, 0, 0, 1	28;55
			9, 0,	
			9, 0,	
CONSIDÉRATION SPÉCIALE			<b>TOTAL</b>	<b>42,05</b>
L				

ETABLISSEMENT

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

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<sup>e</sup> exemple de demande de paiement

Régie de l'assurance maladie Québec

**EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE**

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500

08/05 252

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRENOM 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

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

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

CODE DE DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

DATE DES SERVICES			ACTE	HONORAIRES	
ANNÉE	MOIS	JOUR			
0	9	05	01	9 0 0,4	13,50
				9 0 3,0	46,00
				9 0	
				9 0	
			<b>TOTAL</b>	<b>59,50</b>	

CONSIDÉRATION SPÉCIALE: R

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE 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.

**3.2.4.7 Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification**

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,  
- ou admise dans un centre d'accueil, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés (si le service est rendu au cabinet d'optométrie, inscrire le numéro de l'établissement où la personne est admise dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*),  
- ou âgée de 14 ans ou plus mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie.
- L :** Indicateur précisant que les services sont rendus à des séances différentes le même jour.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle d'application 1.03 sous l'onglet *Tarif d'honoraires*).  
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- R :** Indicateur précisant qu'il n'y a aucune relation entre les codes d'acte 9004, 9014 ou 9024 et 9030.
- V :** Personne handicapée visuelle tel que défini à l'article 2 du Règlement sur les aides assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, R.R.Q. c.A-29, r.0.02.1.  
Non applicable à la personne handicapée visuelle détenant un carnet de réclamation.

Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **V** » devient la **plus prioritaire** et la lettre « **A** » la **moins prioritaire**. Inscrivez la lettre « **A** » ainsi que les autres situations dans la case *DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

## 3.2.5 Établissement

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 432 0805	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE									
	PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE													
	NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		DATE DE NAISSANCE		ANÉE   MOIS   JOUR		SEXE		EXPIRATION		ACTE		HONORAIRES	
	ADRESSE		CODE POSTAL		ANÉE   MOIS   JOUR		9   0							
	PRN   NOM DE L'OPTOMÉTRISTE		NUMÉRO		GROUPE		9   0							
DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DE DIAGNOSTIC		CONSIDÉRATION SPÉCIALE		9   0								
<b>SPÉCIMEN</b>		ÉTABLISSEMENT 5   2   1   2   5		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		TOTAL								
						SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE								

Selon le lieu où les services facturés ont été rendus, inscrire le **numéro du cabinet** d'optométrie attribué par la Régie (voir **3.2.5.1**).

## 3.2.5.1 Numéro du cabinet d'optométrie

Le numéro de cabinet d'optométrie comprend cinq chiffres et le préfixe est 5.

EXEMPLE : Cabinet d'optométrie : 52XXX, 53XXX

Inscrire dans la case *ÉTABLISSEMENT*, le **numéro du cabinet** d'optométrie attribué par la Régie (5 chiffres).

Pour obtenir ce numéro, remplir le formulaire *Renseignements sur le cabinet d'optométrie* (3356).

**Un seul formulaire doit être retourné à la Régie pour l'ensemble des optométristes exerçant leur profession au même endroit.** La Régie considère un même endroit comme étant un même lieu physique où sont dispensés des services optométriques.

## 3.2.6 Signature de l'optométriste ou de son mandataire

DEMANDE DE PAIEMENT - OPTOMÉTRISTE 1500 08/05 292

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

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DE L'OPTOMÉTRISTE NUMÉRO GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DE DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec

EXEMPLAIRE DE L'OPTOMÉTRISTE

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

*R. Hntel*

SIGNATURE DE L'OPTOMÉTRISTE OU DE SON MANDATAIRE

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 détachées 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 2058)

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE**

0000 ■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA REMBOURSE :

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

DATE DE NAISSANCE    ANNÉE    MOIS    JOUR    SEXE    EXPIRATION

ADRESSE :

AVT    NOM DE L'OPTOMÉTRISTE    NUMÉRO    GROUPE

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

SPÉCIMEN

CODE DE DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

Régie de l'assurance maladie Québec

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

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 libellément 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.

- **Vous 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.
- **Vous carte d'assurance maladie est expirée :**
- **Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Inscrivez votre numéro d'assurance maladie, obtenu au téléphone, sur la première ligne de la partie remplie par l'optométriste.
- **Vous 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				Adresse pour l'envoi du chèque			
NOM				<input type="checkbox"/> MÊME <input type="checkbox"/> PERSONNE RESPONSABLE <input type="checkbox"/> INSTITUTION RESPONSABLE			
PRÉNOM				NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE			
NUMÉRO	RUE	NUMÉRO	RUE				
APP.	VILLE	APP.	VILLE				
PROVINCE Québec		CODE POSTAL		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 assurée 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 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.

## 4. RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

### DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1216)

#### 4.0 AVANT-PROPOS

# La Régie met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement **d'honoraires fixes**, la *Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat* (1216) à la section *Formulaires* de son site Web.

# L'optométriste peut remplir et imprimer le formulaire en cliquant sur le lien disponible. Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

**Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

# Si vous désirez l'imprimer et le remplir de forme manuscrite, il vous est demandé de le faire en lettres détachées majuscules.

**Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.**

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 1<sup>er</sup> décembre 20AA s'écrit AA.12.01.

# Lors de l'impression du formulaire à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :

- utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
- orientation de type « portrait »;
- format de 100 % – taille réelle;
- impression recto seulement;
- une page par feuille;
- lisible;
- bonne qualité d'impression.

4.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1216)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

①

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRENOM

②

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

C.S.

⑩

NUMÉRO DE DOCUMENT  
PÉRIODE

⑫

ÉTABLISSEMENT  
NOM

③

NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE  
S'APPLIQUE À LA  
SEMAINE

④

DÉBUTANT LE DIMANCHE  
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI  
ANNÉE MOIS JOUR

QUANTITÉ	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS	
	NUIT	AM	PM	SOIR									RÉF.	DURÉE (JOURS)
⑤					1				2				40	⑦
					3	⑥			4				41	
					5				6				42	
					7				8				43	
					9				10				44	
					11				12				45	
					13				14				46	
					15				16				47	
					17				18				48	
					19				20				49	
					21				22				50	
					23				24				51	
					25				26				52	
					27				28				53	
					29				30				54	

HEURES SUPPLÉMENTAIRES

ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : ⑨

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES ⑧

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS

REMSSE DE TEMPS (CODE 80)

70 QUANTITÉ HEURES 71 QUANTITÉ HEURES 72 QUANTITÉ HEURES 73 QUANTITÉ HEURES 74 QUANTITÉ HEURES

TOTAL DES HEURES DE REMSSE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

⑪

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE

80 DATE DE DÉBUT ANNEE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNEE MOIS JOUR

CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS)

⑬

JURÉ OU TÉMOIN

Spécifier la rémunération reçue ⑭ MONTANT \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

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

⑯

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RNQ, par la CSST, par la CARPA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.

⑰

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

⑱

ANNEE MOIS JOUR

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

#

SPÉCIMEN



**DESCRIPTION DU FORMULAIRE**

- # La demande de paiement comporte 17 parties :
1. Numéro de contrôle externe à quatre chiffres.
  2. Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés.
  3. Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés.
  4. Période de facturation.
  5. Quantième.
  6. Indication des activités et des heures effectuées.
  7. Indication des congés.
  8. Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée.
  9. Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps.
  10. C.S. (Considération spéciale).
  11. Renseignements complémentaires.
  12. Nombre de documents annexés.
  13. Congés pour période continue et prolongée.
  14. Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin.
  15. Montant d'assurance invalidité reçu.
  16. Signature du professionnel ou du mandataire.
  17. Attestation de l'établissement.

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

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT		Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>													
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		NOM DU PROFESSIONNEL PIERRE UNTEL													
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		N° DU PROFESSIONNEL 3 8 9 9 9 4													
ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE													
NUMÉRO 1 0 1 1 3		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 1 6													
SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 2 2		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES													
ACTIVITÉS		CONGÉS													
QUANTITÉ	PLAGE HORNAIRE (cocher)	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)			
	NUIT AM PM SOIR	1				2				40					
		3				4				41					
		5				6				42					
		7				8				43					
		9				10				44					
		11				12				45					
		13				14				46					
		15				16				47					
		17				18				48					
		19				20				49					
		21				22				50					
		23				24				51					
		25				26				52					
		27				28				53					
		29				30				54					
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES:						TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				TOTAL DES JOURS DE CONGÉS					
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		QUANTIÈME HEURES		70 QUANTIÈME HEURES		71 QUANTIÈME HEURES		72 QUANTIÈME HEURES		73 QUANTIÈME HEURES		74 QUANTIÈME HEURES		TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES															
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS)															
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR															
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR															
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT															
JURÉ OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue \$															
ASSURANCE-INVALIDITÉ Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRC, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) \$															
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.															
1216 232 15/04															

#

SPÉCIMEN

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

**PARTIE 1****# Numéro de contrôle externe à quatre chiffres**

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de quatre chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

**# PARTIE 2****Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés**

L'identité de l'optométriste ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

- le prénom usuel;
- le nom de famille;
- le numéro d'inscription à la Régie (sept chiffres).

**# PARTIE 3****Identification de l'établissement pour lequel les services ont été dispensés**

L'identification de l'établissement pour lequel les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service.

**# PARTIE 4****Période de facturation**

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**.

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

**Régie de l'assurance maladie Québec**

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
 HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE: \_\_\_\_\_

PROFESSIONNEL: PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ N° DU PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_ C.S. \_\_\_\_\_ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT: NOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO \_\_\_\_\_ PÉRIODE: CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_
  SE TERMINANT LE SAMEDI ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS				SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS	
	PLAGE HORAIRE (cocher)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.											HEURES TRAVAILLÉES	REF.
1,8	X					1	0,0,2,0,3,0			0,5,0,0,0	2					40
1,8		X				3	0,0,2,0,3,0			0,6,0,0,0	4					41
1,9	X					5	0,0,2,0,3,0			0,2,0,0,0	6	0,0,2,0,3,2		0,2,0,0,0		42
1,9		X				7	0,0,2,0,3,0			0,4,0,0,0	8					43
2,0	X					9	0,0,2,0,3,0			0,2,0,0,0	10	0,0,2,0,3,2		0,2,5,0,0		44
2,0		X				11	0,0,2,0,3,0			0,4,0,0,0	12					45
2,1	X					13	0,0,2,0,3,0			0,4,0,0,0	14					46
2,1		X				15	0,0,2,0,3,0			0,5,0,0,0	16					47
2,2						17					18				0,2	1,0,0,0
						19					20					49
						21					22					50
						23					24					51
						25					26					52
						27					28					53
						29					30					54

SPÉCIMEN

HEURES SUPPLÉMENTAIRES: ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES: \_\_\_\_\_

TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES: 0 3 6 5 0

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS: 1 0 0

REMISE DE TEMPS (CODE 84): 70 QUANTITÉ \_\_\_\_\_ HEURES \_\_\_\_\_ 71 QUANTITÉ \_\_\_\_\_ HEURES \_\_\_\_\_ 72 QUANTITÉ \_\_\_\_\_ HEURES \_\_\_\_\_ 73 QUANTITÉ \_\_\_\_\_ HEURES \_\_\_\_\_ 74 QUANTITÉ \_\_\_\_\_ HEURES \_\_\_\_\_

TOTAL DES HEURES DE REMISE: \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES: \_\_\_\_\_

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE: 80 DATE DE DÉBUT ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_ DATE DE FIN ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_ CODE DU CONGÉ \_\_\_\_\_ DURÉE (JOURS) \_\_\_\_\_

JURÉ OU TÉMOIN: Spécifier la rémunération reçue \_\_\_\_\_ \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE: \_\_\_\_\_ ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

ASSURANCE-INVALIDITÉ: Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. \_\_\_\_\_ \$

ATTTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT: LA PERSONNE QUI S'ÉCART AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNEE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT: \_\_\_\_\_ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**PARTIE 5**# **Quantième**

Cette partie permet à l'optométriste d'indiquer la date du jour où les services ont été dispensés ou bien la date du jour où un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant deux chiffres.

# **PARTIE 6****Indication des activités et des heures effectuées**

Cette partie qui comporte quinze lignes ou 30 périodes de référence, permet à l'optométriste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

**- Plage horaire**

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été dispensés. La journée indiquée par le quantième se divise en quatre périodes qui sont les suivantes :

Nuit	: de 0 h à 7 h
Avant-midi (A.M.)	: de 7 h à 12 h
Après-midi (P.M.)	: de 12 h à 19 h
Soir	: de 19 h à 24 h

**Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation** d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

**Exceptions :**

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus une heure si cela peut éviter à l'optométriste la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

**Exemple 1**

Heure de début : 7 h  
Plage horaire

Heure de fin : 12 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

Cette facturation sera acceptée si l'optométriste ne travaille pas en après-midi.

**Exemple 2 :** Voir page suivante...

## PARTIE 6 (suite)

## # Exemple 2

Heure de début : 7 h  
 Heure de début : 13 h

Heure de fin : 12 h 30  
 Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		
		X	

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

Vous noterez que la demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraînera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

## - Code d'activité

Le code d'activité est composé de six chiffres.

L'optométriste indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, veuillez vous référer à la section 4.4 du présent onglet.

## - Secteur de dispensation (secteur disp.)

Aucune donnée dans cette case.

## - Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées de quatre chiffres.

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

## # PARTIE 7

## Indication des congés

Indication des congés.

## - Code de congé

Pour les codes de congé, veuillez vous référer aux AVIS intégrés à l'Annexe V de l'Entente ou au point 4.5 *Description des codes de congé prévus à l'entente*, du présent onglet. Le code de congé doit toujours être indiqué lorsqu'un jour de congé est réclamé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé réclamé sur cette ligne.

**Remarque 1 :** Utiliser le code de congé « 02 » pour la facturation des vacances annuelles. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 34 : Vacances reportées  
Code 02 : Vacances accumulées  
Code 32 : Vacances anticipées

L'optométriste en sera informé par son état de compte.

**Remarque 2 :** Utiliser le code de congé « 09 » pour facturer les congés de perfectionnement. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 09 : Congé de perfectionnement  
Code 11 : Congé de perfectionnement reporté

L'optométriste en sera informé par son état de compte.

**Remarque 3 :** Voir la partie 12 lorsque la durée du congé est de plusieurs jours.

#### **Durée du congé**

Les congés doivent être demandés en demi-journée (00.50) ou en journée complète (01.00) peu importe si l'optométriste est à plein temps ou à demi-temps.

À titre d'exemple, un optométriste à demi-temps dont le traitement hebdomadaire a été établi à 17.50 heures par semaine se verra attribuer 3.50 heures pour chaque jour de congé ou 1.75 heure pour chaque demi-journée.

# 4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (parties 8 et 9)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
 HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de  
 l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRÉNOM

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

C.S.

NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES

ÉTABLISSEMENT  
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE  
 ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI  
 ANNÉE MOIS JOUR

QUAN- TIÈME	ACTIVITÉS				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILÉES	CONGÉS		
	PLAGE HORNAIRE (cocher)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.									HEURES TRAVAILÉES	RÉF.	CODE
	MULT	JM	FM	SOIR											
1,8	X				1	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0,0	2						
1,8		X			3	0,0,2,0,3,0		0,6,0,0,0	4						
1,9	X				5	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0,0	6	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0,0			
1,9		X			7	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	8						
2,0	X				9	0,0,2,0,3,0		0,2,0,0,0	10	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,5,0,0			
2,0		X			11	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	12						
2,1	X				13	0,0,2,0,3,0		0,4,0,0,0	14						
2,1		X			15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0,0	16						
2,2					17				18						
					19				20					0,2	1,0,0
					21				22						
					23				24						
					25				26						
					27				28						
					29				30						

SPÉCIMEN

HEURES SUPPLÉMENTAIRES  
ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES

TOTAL DES HEURES TRAVAILÉES 0 3 6 5 0

TOTAL DES JOURS DE CONGÉS 1 0 0

REMISE DE TEMPS (CODE 80) 70 QUANTIÈME HEURES

71 QUANTIÈME HEURES

72 QUANTIÈME HEURES

73 QUANTIÈME HEURES

74 QUANTIÈME HEURES

TOTAL DES HEURES DE REMISE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE  
80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR

CODÉ DU CONGÉ DURÉE (JOURS)

JURÉ OU TÉMOIN  
Spécifier la rémunération reçue \$

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

ASSURANCE-INVALIDITÉ  
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRCQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. ANNÉE MOIS JOUR

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

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT  
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

**TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

1216 292 15/04

#



**PARTIE 8**

# **Total des heures effectuées et de congés durant la période indiquée**

La somme des heures inscrites pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 036.50 heures.

**Total des jours de congé**

La somme des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne *CONGÉS - DURÉE EN JOURS*.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunéré ou non selon le code est de 1.00 jour.

# **PARTIE 9**

**Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps**

Cette partie est divisée en deux, soit d'une part l'accumulation du nombre d'heures supplémentaires effectuées que l'optométriste désire reprendre en remise de temps, et d'autre part, la demande des heures remises en temps pour remplacer des heures régulières non travaillées.

- **Accumulation**

Deux possibilités peuvent se présenter :

A. L'optométriste désire accumuler un **nombre précis d'heures** supplémentaires effectuées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES : 0, 2   5, 0 J														
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTITÉ	HEURES	71	QUANTITÉ	HEURES	72	QUANTITÉ	HEURES	73	QUANTITÉ	HEURES	74	QUANTITÉ	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

B. L'optométriste désire accumuler la **totalité des heures** supplémentaires calculées.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES : 9, 9   9, 9 J														
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	70	QUANTITÉ	HEURES	71	QUANTITÉ	HEURES	72	QUANTITÉ	HEURES	73	QUANTITÉ	HEURES	74	QUANTITÉ	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE

## - Remise de temps supplémentaire

HEURES SUPPLÉMENTAIRES													
ACCUMULATION	NOMBRE D'HEURES :												
REMISE DE TEMPS (CODE 80)	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	QUANTIÈME	HEURES	TOTAL DES HEURES DE REMISE
	60												
	70	2,9	7,0	0,0	71	3,0	3,5	0,0	72				
									73				
										74			
													1,0
													5,0

La remise de temps est utilisée pour combler, en partie ou en totalité, la période régulière d'activités de l'optométriste.

Lorsque l'optométriste désire utiliser des heures de temps supplémentaire accumulées, il demande les heures facturées sur la ligne identifiée *Remise de temps code 80*.

Les heures se demandent en inscrivant le quantième de la journée régulière choisie ainsi que le nombre d'heures facturées.

En plus, le nombre total des heures réclamées doit être inscrit dans la case *TOTAL DES HEURES DE REMISE*.

# 4.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT - suite (Parties 10 à 17)

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT												Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>																					
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		PROFESSIONNEL PRÉNOM				NOM				N° DU PROFESSIONNEL		C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES																				
ÉTABLISSEMENT NOM		NUMÉRO				PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE				DÉBUTANT LE DIMANCHE		SE TERMINANT LE SAMEDI																					
						ANNÉE		MOIS		JOUR		ANNÉE		MOIS		JOUR																	
						1		6		1		0		1		6																	
						1		6		1		0		2		2																	
ACTIVITÉS												CONGÉS																					
QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILÉES	REF.	CODE	DURÉE (JOURS)																		
	NUT	AM	FM	SOR																													
					1				2					40																			
					3				4					41																			
					5				6					42																			
					7				8					43																			
					9				10					44																			
					11				12					45																			
					13				14					46																			
					15				16					47																			
					17				18					48																			
					19				20					49																			
					21				22					50																			
					23				24					51																			
					25				26					52																			
					27				28					53																			
					29				30					54																			
HEURES SUPPLÉMENTAIRES												TOTAL DES HEURES TRAVAILÉES		TOTAL DES JOURS DE CONGÉS																			
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :																													
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		70		QUANTIÈME		HEURES		71		QUANTIÈME		HEURES		72		QUANTIÈME		HEURES		73		QUANTIÈME		HEURES		74		QUANTIÈME		HEURES		TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																																	
Ci-joint, le formulaire taxation du juré ou témoin																																	
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																																	
80		DATE DE DÉBUT		ANNÉE		MOIS		JOUR		DATE DE FIN		ANNÉE		MOIS		JOUR		CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		EXEMPLE DE LA MANIÈRE D'ÉCRIRE											
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE												ANNÉE		MOIS		JOUR																	
<i>Pierre Untel</i>												1		6		0																	
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT												ANNÉE		MOIS		JOUR																	
<i>Jacques Responsable</i>												1		6		0																	
JURÉ OU TÉMOIN												MONTANT																					
Spécifier la rémunération reçue												0,2,5,0,0		\$																			
ASSURANCE-INVALIDITÉ												MONTANT																					
Le professionnel est tenu de déclarer à la RAMQ le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit selon le cas, en vertu des lois administrées par la RRQ, par la CSST, par la CARRA, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.														\$																			
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)														\$																			
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.																																	

#

SPÉCIMEN

## # PARTIE 10

**C. S.** (Considération spéciale) :

LETTRE **A** : Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE **B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « B » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

## # PARTIE 11

**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 9, la lettre « A » ou « B » dans la case C.S. Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

## # PARTIE 12

**Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer **le nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

## # PARTIE 13

**Congés pour période continue et prolongée**

L'optométriste peut à sa convenance utiliser cette partie **seule** ou **simultanément** avec d'autres pour déclarer la prise d'un congé dont la durée n'est pas inférieure à deux jours. Les autres parties qui peuvent être remplies en même temps que celle-ci sont :

*Activités* (partie 6), *Congés* (partie 7) et *Heures supplémentaires relatives à la remise de temps seulement* (partie 9).

Lorsque plusieurs parties sont remplies, il est important de s'assurer que la date d'un congé demandé pour une période continue et prolongée ne soit pas la même que celle utilisée préalablement dans une autre des parties précitées.

Une seule exception est cependant acceptable :

Il s'agit de la facturation d'activités qui pourrait porter **la même date que celle de début ou de fin du congé** facturé en période continue et prolongée.

**Remarque :** - toutes les cases de cette partie doivent être remplies;

- la date de début du congé facturé dans cette partie doit être comprise dans la période de la Partie 4, (laquelle **est toujours d'une semaine**) et est aussi constituée de deux dates;
- les journées facturées dans cette partie (Durée) doivent être entières.

**À titre d'exemple, un congé de maternité pourra être demandé ainsi :**

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																	
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)			À L'USAGE DE LA RÉGIE						
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR											
	0	8	0	1	0	6	0	8	0	5	2	3	01	1	0	0	

La Régie générera hebdomadairement une demande de paiement, **pour les congés rémunérés et les jours ouvrés**, tant et aussi longtemps que la date de fin inscrite dans cette partie ne sera pas atteinte, cette demande de paiement portera le même numéro d'identification et paraîtra sur votre état de compte. Les demandes de paiement ainsi générées tiendront compte, lorsque cela s'applique, des jours fériés observés dans votre établissement respectif, sinon le tableau des jours fériés composant ce même document (point 4.4) sera alors utilisé.

À titre d'exemple, une période de **vacances annuelles** de quatre semaines facturée dans cette partie serait inscrite ainsi :

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																	
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)			À L'USAGE DE LA RÉGIE						
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR											
	0	8	0	2	0	3	0	8	0	2	2	8	02	0	2	0	

**Remarque :** En supposant que le 10 et le 11 février 20AA correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la Régie reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et deux jours de jours fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

## # PARTIE 14

**Montant de l'indemnité reçue à titre de juré ou témoin**

Congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin.

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives.

Le congé pour juré ou témoin peut avoir été réclamé sur une demande de paiement antérieure ou peut l'être en même temps que la déclaration de l'indemnité reçue à ce titre.

Le montant de l'indemnité se retrouve sur le formulaire *Taxation de juré ou témoin* sous l'identification *Perte de temps*. Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

## # PARTIE 15

**Montant d'assurance invalidité reçu**

L'optométriste **est tenu de déclarer** à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le montant de la rente de retraite ou d'invalidité qu'il reçoit, selon le cas, en vertu des lois administrées par la Régie des rentes du Québec (RRQ), par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte.

## # PARTIE 16

**Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par l'optométriste dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire.

## # PARTIE 17

**Attestation de l'établissement**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure.

**4.3 EXPÉDITION**

- # - Transmettre une copie du formulaire portant les deux signatures à la Régie dans une enveloppe 22,9 cm x 30,5 cm (9 po x 12 po) à l'adresse suivante :
- Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4
- Remettre une copie à l'établissement
- Conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

**4.4 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ**

- 002030** Services cliniques;
- 002032** Rencontres multidisciplinaires
- 002140** Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie
- 002141** Formation en basse vision à des optométristes détenant un 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

**4.5 DESCRIPTION DES CODES DE CONGÉ PRÉVUS À L'ENTENTE***(Annexe V)***CONGÉS PARENTAUX AVEC RÉMUNÉRATION**

- 01** Maternité (article 1.01);
- 10** Congé spécial - complication de grossesse (article 1.19 a)) ou interruption de grossesse (article 1.19 b));
- 12** Maternité - décès de la conjointe - résiduel des 20 semaines au conjoint (article 1.01);
- 21** Congé spécial - visites reliées à la grossesse (article 1.19 c));
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus - Complication de grossesse (article 1.19 a) ou Interruption de grossesse (article 1.19 b) - joindre un certificat médical;
- 22** Maternité - retrait préventif (non prévu à l'entente);
- 23** Paternité (article 1.22);
- 25** Adoption - congé 10 semaines (article 1.23);
- 26** Congé pour adoption de 5 jours - 2 jours précédant le code 28 (article 1.23).(aboli le 31 mars 2013)

**CONGÉS PARENTAUX SANS RÉMUNÉRATION**

- 27** Maternité - extension (article 1.05);
- 28** Congé pour adoption de 5 jours - 3 jours suivant le code 26 (article 1.23); (Aboli le 31 mars 2013)
- 29** Maternité - prolongation (article 1.20);
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (article 1.23); (Aboli le 31 mars 2013)
- 31** Congé en vue d'une adoption - 10 semaines (article 1.23);
- 35** Paternité - prolongation (article 1.20);
- 36** Adoption - prolongation (article 1.20);
- 60** Congé parental (article 4.12).
- 62** Maternité - Suspension (article 1.03)
- 63** Paternité - Congé sans rémunération (article 1.22 A)
- 64** Paternité - Prolongation (article 1.22 D)
- 65** Paternité - Suspension (article 1.22 C)
- 66** Adoption - Prolongation (article 1.23 D)
- 67** Adoption - Suspension (article 1.23 B)
- 69** Adoption de l'enfant du conjoint - trois jours suivant le code 68 (article 1.23 G)

**VACANCES**

- 02** Vacances accumulées (article 2.02);
- 32** Vacances anticipées (article 2.07);
- 34** Vacances reportées (article 2.14).

**JOURS FÉRIÉS**

- 40** Jour férié annuel (article 3.01);
- 42** Jour férié en période d'invalidité (article 3.05).



**CONGÉS SPÉCIAUX AVEC RÉMUNÉRATION**

- 50** Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (article 4.01 a));
- 51** Décès des père, mère, frère, soeur, enfant \*, beau-père, belle-mère, bru et gendre (article 4.01 b));
- 05** Décès d'un beau-frère, d'une belle-soeur et d'un grand-parent (article 4.01 c));
- 08** Juré ou témoin (article 4.06);
- 52** Congé à traitement différé (article 10.03).
- 61** Comité de révision, événement spécial (article 1.12 et 1.24 B)
- 68** Adoption de l'enfant du conjoint - deux jours précédant le code 69 (article 1.23 G)

**CONGÉS SPÉCIAUX SANS RÉMUNÉRATION**

- 54** Candidat et exercice d'une fonction publique (article 4.05);
- 55** Mariage (article 4.07);
- 56** Congé annuel sans rémunération (article 4.08);
- 57** Année sabbatique (article 4.10);
- 58** Cours de formation (article 4.11);
- 59** Congé syndical (article 5.05 de l'Entente);
- 20** Congé après entente avec l'établissement (article 4.12).

**PERFECTIONNEMENT**

- 09** Congé de perfectionnement (article 5.01);
- 11** Congé de perfectionnement reporté (article 5.02).

**RÉGIME D'ASSURANCES - COMITÉ PARITAIRE**

- 70** Participation au comité paritaire (article 6.18).

**RÉGIME D'ASSURANCES - INVALIDITÉ**

- 10** Assurance invalidité, moins de 5 jours (article 8.02 a) i));
- 71** Assurance invalidité, 5 jours et plus (article 8.02 a) i));
- 72** Assurance invalidité en période de réadaptation (article 8.02 a) ii)).

\* code 51 décès d'un enfant autre que ceux prévus à l'article 4.01 a).

## # 4.6 TABLEAU DES JOURS FÉRIÉS

**La période de référence retenue par la Régie est du 1<sup>er</sup> mai au 30 avril de l'année suivante.**

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

Jours fériés	2014 / 2015	2015 / 2016	2016 / 2017
Journée nationale des Patriotes	19 mai 2014	18 mai 2015	23 mai 2016
Fête nationale du Québec	24 juin 2014	24 juin 2015	24 juin 2016
Fête du Canada	1 <sup>er</sup> juillet 2014	1 <sup>er</sup> juillet 2015	1 <sup>er</sup> juillet 2016
Fête du travail	1 <sup>er</sup> septembre 2014	7 septembre 2015	5 septembre 2016
Action de Grâce	13 octobre 2014	12 octobre 2015	10 octobre 2016
Veille de Noël	24 décembre 2014	24 décembre 2015	23 décembre 2016
Fête de Noël	25 décembre 2014	25 décembre 2015	26 décembre 2016
Lendemain de Noël	26 décembre 2014	28 décembre 2015	27 décembre 2016
Veille du Jour de l'An	31 décembre 2014	31 décembre 2015	30 décembre 2016
Jour de l'An	1 <sup>er</sup> janvier 2015	1 <sup>er</sup> janvier 2016	2 janvier 2017
Lendemain du Jour de l'An	2 janvier 2015	4 janvier 2016	3 janvier 2017
Vendredi Saint	3 avril 2015	25 mars 2016	14 avril 2017
Lundi de Pâques	6 avril 2015	28 mars 2016	17 avril 2017

Ce tableau est publié à titre de référence pour l'optométriste. Il est utilisé à la Régie pour déterminer, entre autres, les droits de l'optométriste en début ou fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux jours fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède quatre semaines (art. 4.13, annexe V de l'Entente).

De plus, ce tableau sera utilisé pour l'application de l'article 3.04 de l'Annexe V de l'Entente.

Si un jour de jour férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans le tableau qui précède, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent alors faire parvenir à la Régie, avant le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, la liste des jours fériés et la date de leur célébration.

- # Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements, s'il y a lieu, sont publiés sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca). Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique *Calendriers de l'onglet Facturation*.

#### 4.7 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE (formulaire 1944)

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

## 5. RÉMUNÉRATION À TARIF HORAIRE

### DEMANDE DE PAIEMENT *(formulaire 1215)*

#### 5.0 AVANT-PROPOS

- # La Régie met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement **du tarif horaire**, la *Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) à la section *Formulaires* de son site Web.
- # L'optométriste peut remplir et imprimer le formulaire en cliquant sur le lien disponible.  
Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la Loi, des règlements et de l'Entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

**Ne jamais écrire au verso de la demande de paiement.**

- # Si vous désirez l'imprimer et le remplir de forme manuscrite, il vous est demandé de le faire en lettres détachées majuscules.

**Toute erreur ou omission (date, nombre d'heures, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.**

Inscrire les dates selon le système international, i.e. année, mois, jour en utilisant toujours deux chiffres.

Ainsi, le 1<sup>er</sup> décembre 20AA s'écrit AA.12.01.

- # Lors de l'impression du formulaire à partir du site Web de la Régie, les normes de qualité suivantes doivent être respectées :
  - utilisation du format « lettre » 21,59 cm X 27,94 cm (8,5 po X 11 po);
  - orientation de type « portrait »;
  - format de 100 % – taille réelle;
  - impression recto seulement;
  - une page par feuille;
  - lisible;
  - bonne qualité d'impression.

5.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (formulaire 1215)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE  
①

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

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

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

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

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑨

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

HEURES DE DÉPLACEMENT  
NOMBRE  
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE ⑫  
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.  
DATE ANNÉE MOIS JOUR  
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT  
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.  
⑬  
DATE ANNÉE MOIS JOUR  
SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

**DESCRIPTION DU FORMULAIRE** (13 parties)

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

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		<b>DEMANDE DE PAIEMENT</b> Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>								
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 3899994	N° DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES							
ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec				NUMÉRO 1 0 0 1 1 3		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE		DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 1 6		SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR 1 6 1 0 2 2				
ACTIVITÉS														
QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUN. SÉCTOR.	PLAGE HORAIRE (COCHER) (08H) (09H) (10H) (11H) (12H) (13H)	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
			1				2				3			
			4				5				6			
			7				8				9			
			10				11				12			
			13				14				15			
			16				17				18			
			19				20				21			
			22				23				24			
			25				26				27			
			28				29				30			
			31				32				33			
			34				35				36			
			37				38				39			
			40				41				42			
			43				44				45			
											TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES														
FRAIS DE DÉPLACEMENT CODE POSTAL DE DÉPART (LIEU DE TRAVAIL HABITUEL)		CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)		DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR		HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE KM		MONTANT RÉCLAMÉ				
HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE														
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE <small>SE CERTIFIER QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.</small>				ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT <small>LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.</small>				DATE ANNÉE MOIS JOUR						
TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.														

SPÉCIMEN

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

**# PARTIE 1****Numéro de contrôle externe**

C'est le numéro de contrôle externe de la demande de paiement à remplir par le professionnel. Pour que le numéro soit accepté, il doit être :

- composé de quatre chiffres compris entre 1000 et 9998;
- différent pour chacune des demandes transmises.

**# PARTIE 2****Identité du professionnel ayant dispensé les services assurés**

L'identité de l'optométriste ayant dispensé les services assurés comporte les éléments suivants :

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

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

L'identification de l'établissement où les services assurés ont été dispensés comporte les éléments suivants :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (cinq chiffres). Ce numéro est confirmé par la Régie lors de l'inscription de l'avis de service, s'il y a lieu.

**# PARTIE 4****Période de facturation**

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **sept jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle.**

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de  
l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_

N° DU PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_

N° DU GROUPE \_\_\_\_\_

C.S. \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DOCUMENTS  
ANNEXÉS \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT  
NOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO \_\_\_\_\_

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

---



---



---

**FRAIS DE DÉPLACEMENT**

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

DATE D'ARRIVÉE: ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

HEURE D'ARRIVÉE \_\_\_\_\_ DISTANCE TOTALE \_\_\_\_\_ KM

MONTANT RÉCLAMÉ \_\_\_\_\_

**HEURES DE DÉPLACEMENT**

NOMBRE \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

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

DATE: ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT

**SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE**

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

DATE: ANNÉE \_\_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_\_ JOUR \_\_\_\_\_

**TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**

SPÉCIMEN

#

6

MAJ 35 / février 2016 / 99



## # PARTIE 5

**Quantième**

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

## # PARTIE 6

**Indication des activités et des heures effectuées**

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

**- Le mode de rémunération :**

TH qui correspond au tarif horaire.

L'identification du mode de rémunération est requis sur la 1<sup>re</sup> ligne de service. Il est appliqué automatiquement sur les lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant.

**- Plage horaire :**

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en quatre périodes qui sont les suivantes :

Nuit	:	de 0 h à 7 h
Avant-midi (A.M.)	:	de 7 h à 12 h
Après-midi (P.M.)	:	de 12 h à 19 h
Soir	:	de 19 h à 24 h

**Une seule plage horaire doit être utilisée par ligne de facturation** d'activités et le nombre d'heures demandé doit respecter l'amplitude de la plage identifiée. L'identification de la plage horaire est **essentielle**.

**Exceptions :**

La Régie pourra accepter un dépassement d'au plus une heure si cela peut éviter à l'optométriste la facturation d'une plage additionnelle. Voir les exemples 1 et 2 qui suivent.

**Exemple 1**

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5 h 50

Cette facturation sera acceptée si l'optométriste ne travaille pas en après-midi.

**Exemple 2**

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		
		X	

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

Vous noterez que la demi-heure excédentaire effectuée après 12 h est facturée avec les heures de la plage horaire de l'après-midi. Sauf exceptions, le défaut de se conformer à ces instructions entraînera le refus des heures excédentaires de la plage horaire.

**- Code d'activité :**

Le code d'activité est composé de six chiffres. L'optométriste indique habituellement le code de la principale activité exercée au cours de la plage horaire.

Pour la nomenclature complète des codes d'activités et leur description, veuillez vous référer à la section 5.5 du présent onglet.

**- Secteur de dispensation (secteur disp.)**

Aucune donnée dans cette case.

**- Heures travaillées :**

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

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

**# PARTIE 7****Total des heures travaillées**

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

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

**DEMANDE DE PAIEMENT**  
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de l'assurance maladie  
**Québec**

PROFESSIONNEL  
PRÉCISER

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

N° DU GROUPE

C.S.  
A

NOMBRE DE DOCUMENTS  
ANNEXES  
1

ÉTABLISSEMENT  
NOM

NUMÉRO

PÉRIODE  
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT LE DIMANCHE  
ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT LE SAMEDI  
ANNÉE MOIS JOUR

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

SPÉCIMEN

TOTAL  
DES HEURES  
TRAVAILLÉES

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)

DATE D'ARRIVÉE  
ANNÉE MOIS JOUR

HEURE D'ARRIVÉE

DISTANCE TOTALE

MONTANT RÉCLAME  
KM

HEURES DE DÉPLACEMENT  
NOMBRE

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

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

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR  
1 6 1 0 2 4

SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT  
*Jacques Responsable*

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR  
1 6 1 0 2 5

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

#

## # PARTIE 8

**C.S.** (Considération spéciale)

LETTRE **A** : Renseignements complémentaires reliés à toute circonstance autre que la refacturation.

LETTRE **B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement.

Dans ce cas, inscrire un « B » dans cette case et dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le numéro d'identification de la demande de paiement qui a fait l'objet du refus de paiement et la date de l'état de compte sur lequel il figure.

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

## # PARTIE 9

**Renseignements complémentaires**

Inscrire les renseignements pertinents au règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la partie 8, la lettre « A » et/ou « B » dans la case *C.S.* Si l'espace est insuffisant, se servir du formulaire *Document complémentaire - Considération spéciale* (1944) et l'annexer à la demande de paiement à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

## # PARTIE 10

**Nombre de documents annexés**

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer **le nombre** de documents annexés à la demande de paiement (documents complémentaires, pièces justificatives, etc.). Ils doivent être joints à l'aide d'un trombone (ne jamais agraffer).

## # PARTIE 11

**Frais de déplacement (ne s'applique pas)**

## # PARTIE 12

**Signature du professionnel ou du mandataire**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par l'optométriste dont le nom paraît à la partie supérieure ou par son mandataire.

## # PARTIE 13

**Attestation de l'établissement**

La demande de paiement doit être signée **à la main et datée** par un signataire autorisé par l'établissement dont le nom paraît à la partie supérieure.

**# 5.3 EXPÉDITION**

- Transmettre une copie du formulaire portant les deux signatures à la Régie dans une enveloppe 22,9 cm x 30,5 cm (9 po x 12 po) à l'adresse suivante :

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

- Remettre une copie à l'établissement
- Conserver cinq ans la copie originale, en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la Régie peut requérir.

**5.4 DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE**  
*(formulaire 1944)*

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

**5.5 DESCRIPTION DES CODES D'ACTIVITÉ**

**002030** Services cliniques.

**002032** Rencontres multidisciplinaires.

**002140** Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie.

**002141** Formation en basse vision dispensée à des optométristes détenant une nomination au sein d'un établissement.

**002142** Participation à des activités de formation en basse vision dispensées dans un établissement énuméré à l'annexe VII.

## 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'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir le 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)	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		
1	2	3	4	5	6	7	8	
UNTEL ROBERT 567, RUE FICTIVE Québec QC G1N 5C9 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 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 (sept 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 : 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 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**

##### **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.

##### **Déductions cumulatives** (cotisation AOO)

##### **Description des codes de transaction** (TRA)

2<sup>e</sup> page (et pages subséquentes) de l'état de compte

ÉTAT DE COMPTE																					
Régie de l'assurance maladie Québec                  Case postale 500 Québec (Québec) G1K 7B4																					
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE											DEMANDES DE PAIEMENT PERIODE ASSURAU		N° DU PAIEMENT	PAGE							
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-04-07 (T)		002
											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

# 7.8 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

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

2016

**JANVIER** \*19

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

**FÉVRIER** \*21

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

**MARS** \*21

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

**AVRIL** \*21

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

**MAI** \*21

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

**JUIN** \*21

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

**JUILLET** \*20

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

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	1	2	3	4	5	6
(34)	7	8	9	10	11	12
(35)	14	15	16	17	18	19
(36)	21	22	23	24	25	26
(37)	28	29	30	31		

**SEPTEMBRE** \*21

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

**OCTOBRE** \*20

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

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)		1	2	3	4	5
(47)	6	7	8	9	10	11
(48)	13	14	15	16	17	18
(49)	20	21	22	23	24	25
(50)	27	28	29	30		

**DÉCEMBRE** \*18

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

7095 202 15409

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

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

2017

**JANVIER** \*20

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

**FÉVRIER** \*20

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

**MARS** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				60	61	62 63
(10)	5	6	7	8	9	10 11
(11)	12	13	●	16	17	18
(12)	19	20	21	22	23	24 25
(13)	26	27	28	29	30	31

**AVRIL** \*18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						91
(14)	2	3	4	5	6	7 8
(15)	9	10	11	12	13	14 15
(16)	16	17	18	19	20	21 22
(17)	23	24	25	26	27	28 29
(18)	30					

**MAI** \*22

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

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				152		154
(23)	4	5	6	7	8	9 10
(24)	11	12	13	14	15	16 17
(25)	18	19	20	21	22	23 24
(26)	25	26	27	28	29	30

**JUILLET** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						182
(27)	2	3	4	5	6	7 8
(28)	9	10	11	12	13	14 15
(29)	16	17	18	19	20	21 22
(30)	23	24	25	26	27	28 29
(31)	30	31				

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		●	214	215	216	217
(32)	6	7	8	9	10	11 12
(33)	13	14	15	16	17	18 19
(34)	20	21	22	23	24	25 26
(35)	27	28	29	30	31	

**SEPTEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						244 245
(36)	3	4	5	6	7	8 9
(37)	10	11	12	13	14	15 16
(38)	17	18	19	20	21	22 23
(39)	24	25	26	27	28	29 30

**OCTOBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	1	2	3	4	5	6 7
(41)	8	9	10	11	12	13 14
(42)	15	16	17	18	19	20 21
(43)	22	23	24	25	26	27 28
(44)	29	30	31			

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				305	306	308
(45)	5	6	7	8	9	10 11
(46)	12	13	14	15	16	17 18
(47)	19	20	21	22	23	24 25
(48)	26	27	28	29	30	

**DÉCEMBRE** \*17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)						336
(49)	3	4	5	6	7	8 9
(50)	10	11	12	13	14	15 16
(51)	17	18	19	20	21	22 23
(52)	24	25	26	27	28	29 30
(53)	31					

7095 202 15/09

( ) = 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<sup>er</sup> alinéa de la règle d'application 1.22, vous ne pouvez réclamer l'examen partiel et l'examen d'urgence le même jour.
- # **378** Selon la règle d'application 1.24, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'une chirurgie de la cataracte qui lui est prérequis.
- 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.
- # **432** Conformément aux règles d'application 1.09 et 1.23, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois à l'intérieur d'une année civile.
- 433** Ce service ne peut être facturé plus d'une fois dans une période donnée.
- 434** Le code d'acte est non payable en raison de la règle d'application 1.11.
- 435** Code d'acte modifié conformément au deuxième alinéa de la règle d'application 1.11.
- 438** Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439** Selon son libellé, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440** Selon sa nature ou son libellé, l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 442** Conformément à la règle d'application 1.10, cet acte ne peut être payé puisqu'il constitue un supplément à un autre acte et celui-ci n'a pas été réclamé ou a été refusé.
- 490** En raison de la règle d'application 1.04, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 497** Conformément au premier alinéa de la règle d'application 1.11, la rémunération du supplément pour la tonométrie et la biomicroscopie (code 9024) est incluse dans celle de l'examen subséquent (code 9014).
- 498** En raison de la règle d'application 1.06, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 499** En raison de la règle d'application 1.14, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 502** Conformément aux articles 4.01 et 4.02, l'acte 9028 ne peut être payé puisqu'il constitue un supplément à un autre acte et celui-ci n'a pas été réclamé ou a été refusé.
- 610** Le total des honoraires est rectifié selon la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation d'ordre professionnel.
- 618** En fonction du maximum permis au tarif et déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément au maximum permis à la règle d'application 1.12.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de services vous ont été payés en double.
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique.

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

- 838** Le numéro d'établissement ou de cabinet d'optométrie est manquant, illisible ou inexistant à la date du service. (\*)
- 850** Conformément à l'article 10,01 de l'Entente, relatif aux modes de rémunération en établissement, vous devez obligatoirement facturer à honoraires fixes ou au tarif horaire.
- 865** Conformément à l'avis administratif relié au code d'acte, la présence de notes explicatives est obligatoire lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.
- 880** Service révisé suite à l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- # 892** Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation optométrique par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement non dûment signée.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. (\*)
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique, mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *PRE-VALIDATION* du rapport « retour d'erreurs » disponible par l'intermédiaire de votre agence.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. (\*)
- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire *Demande de révision* (1549).
- 925** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 931** Vous n'avez pas fourni, dans les délais prévus à l'article 12.04 du chapitre IV de l'Entente, les renseignements demandés.
- 933** Révision en cours.

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



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

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



# 8.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

Régie de l'assurance maladie Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2016

**JANVIER** \*19

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

**AVRIL** \*21

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

**JUILLET** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					1	2
(29)	3	4	5	6	7	8
(30)	9	10	11	12	13	14
(31)	15	16	17	18	19	20
(32)	21	22	23	24	25	26
(33)	27	28	29	30	31	

**OCTOBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)						1
(42)	2	3	4	5	6	7
(43)	8	9	10	11	12	13
(44)	14	15	16	17	18	19
(45)	20	21	22	23	24	25
(46)	26	27	28	29	30	31

**FÉVRIER** \*21

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

**MAI** \*21

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

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	1	2	3	4	5	6
(34)	7	8	9	10	11	12
(35)	13	14	15	16	17	18
(36)	19	20	21	22	23	24
(37)	25	26	27	28	29	30
(38)	31					

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	1	2	3	4	5	
(47)	6	7	8	9	10	11
(48)	12	13	14	15	16	17
(49)	18	19	20	21	22	23
(50)	24	25	26	27	28	29
(51)	30					

**MARS** \*21

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

**JUIN** \*21

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

**SEPTEMBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				1	2	3
(38)	4	5	6	7	8	9
(39)	10	11	12	13	14	15
(40)	16	17	18	19	20	21
(41)	22	23	24	25	26	27
(42)	28	29	30			

**DÉCEMBRE** \*18

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

7096 2/92 12/08

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

Régie de l'assurance maladie  
Québec

PÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT  
HONORAIRES FIXES, SALARIAT

2017

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

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

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

AVRIL							*18
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(13)						1	91
2	3	4	5	6	7	8	
(14)	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	
(15)	23	24	25	26	27	28	29
28	29	30	31				
(16)							
16	17	18	19	20	21	22	
(17)	23	24	25	26	27	28	29
30							

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

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

JUILLET							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(26)						1	182
2	3	4	5	6	7	8	
(27)	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	
(28)	23	24	25	26	27	28	29
28	29	30	31				
(29)							
16	17	18	19	20	21	22	
(30)	23	24	25	26	27	28	29
30	31						

AOÛT							*23
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(31)				1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11	12
(32)	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	
(33)	27	28	29	30	31		
27	28	29	30	31			
(34)							
20	21	22	23	24	25	26	
(35)							
27	28	29	30	31			

SEPTEMBRE							*20
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(35)						1	2
3	4	5	6	7	8	9	
(36)	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	
(37)	24	25	26	27	28	29	30
24	25	26	27	28	29	30	
(38)							
17	18	19	20	21	22	23	
(39)	24	25	26	27	28	29	30
24	25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE							*21
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(40)						1	2
3	4	5	6	7			
(41)	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	
(42)	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				
(43)							
22	23	24	25	26	27	28	
(44)	29	30	31				
29	30	31					

NOVEMBRE							*22
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(44)						1	2
3	4	5	6	7	8	9	
(45)	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	
(46)	24	25	26	27	28	29	30
24	25	26	27	28	29	30	
(47)							
12	13	14	15	16	17	18	
(48)	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30			

DÉCEMBRE							*17
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	
(48)						1	2
3	4	5	6	7	8	9	
(49)	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	
(50)	24	25	26	27	28	29	30
24	25	26	27	28	29	30	
(51)							
10	11	12	13	14	15	16	
(52)	17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30	
(53)							
31							

T086 267 5505

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS      \* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS      ▼ DATE DU PAIEMENT      ● DATE - DÉPÔT DIRECT

**MESSAGES EXPLICATIFS À HONORAIRES FIXES****8.8 MESSAGES EXPLICATIFS**

- 001** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 002** Le numéro du professionnel est absent ou inexistant au fichier des dispensateurs des services assurés.
- 003** Le numéro du professionnel est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 005** Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement selon le mode de rémunération à honoraires fixes.
- 007** Services dispensés alors que vous étiez inadmissible à recevoir un paiement de la Régie.
- 009** Veuillez inscrire la lettre « **B** » dans la case C.S., lors d'une refacturation.
- 010** La période de facturation est absente, incomplète, non valide ou illisible.
- 012** La durée de la période de facturation excède 7 jours.
- 013** Délai de facturation, refacturation ou révision expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou selon l'entente.
- 014** La période de facturation correspondant aux services rendus est postérieure à la date de réception de votre demande de paiement à la Régie.
- 019** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent, incomplet, non valide ou illisible.
- 022** Le nom et/ou le numéro d'établissement est absent ou inexistant au fichier des établissements.
- 023** Demande de paiement retenue puisque le contrat ou l'avis de service est non conforme ou non reçu pour les services dispensés dans l'établissement concerné.
- 024** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 025** L'identification du secteur d'activité (dernier chiffre du numéro d'établissement) est différente de celle indiquée au contrat ou à l'avis de service.
- 026** La date (quantième) identifiant un jour de la période a été modifiée afin de la rendre compatible avec les dates de la période de facturation.
- 027** Période de facturation modifiée pour la rendre compatible avec les dates identifiant les jours de la période.
- 028** Facturation non retenue parce que située à l'extérieur de la période inscrite sur la demande de paiement.
- 029** La date (quantième) identifiant le jour de la période est absente, incomplète, non valide ou illisible.

- 030** La date du jour (quantième) pour la remise de temps est absente ou invraisemblable.
- 031** Facturation non retenue parce que non couverte par un contrat ou un avis de service.
- 033** Votre congé de maternité est considéré comme étant terminé.
- 034** Facturation non retenue parce que vous étiez en assurance invalidité.
- 035** Facturation non retenue parce que déjà payée.
- 037** Le congé ne peut être rémunéré car le nombre d'heures travaillées réclamé pour cette date est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévues au contrat ou à l'avis de service.
- # **038** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- # **039** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- # **040** La qualité d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 049** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 051** Les heures réclamées sont illisibles ou non conformes.
- 052** Somme des heures et/ou des congés réclamés pour cette journée plus grande que le maximum admissible.
- # **057** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 062** Le total des heures travaillées a été ajusté pour correspondre à votre facturation.
- 064** Le total des jours de congé a été ajusté pour le faire correspondre à votre facturation.
- 065** Le code de congé est absent, inexistant ou non permis.
- 066** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 29.
- 067** Code de congé de maternité modifié conformément à votre entente. Veuillez utiliser le code de congé 27.
- 069** Code de congé modifié car il se situe à l'intérieur d'une période d'assurance invalidité.
- 075** Vous n'êtes pas encore admissible aux régimes d'assurance.
- 077** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé de maternité.
- 078** Code de congé modifié, car il se situe à l'intérieur d'une période de congé sans rémunération autorisée.
- 080** Montant déclaré à titre de juré ou de témoin incomplet ou illisible. Veuillez confirmer ce montant.
- 081** Nous récupérons le montant que vous avez reçu pour agir à titre de juré ou de témoin.

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

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



- 700** Le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours du début de la période d'invalidité.
- 701** Le certificat médical fourni pour le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus est inacceptable. Les jours facturés sont refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 702** Nous n'avons pas reçu le certificat médical demandé pour le congé d'assurance invalidité de cinq (5) jours ou plus. La rémunération versée est donc récupérée.
- 703** Conformément à votre entente, les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième (2<sup>e</sup>) au cours de la même année ne sont pas rémunérés (art. 8.02 de l'Annexe V).
- 704** Les pièces justificatives reçues pour congé de perfectionnement sont conformes à l'Entente.
- 705** Le congé de perfectionnement doit être justifié par des documents pertinents. La rémunération versée pour ces congés sera récupérée si ces pièces ne sont pas reçues dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 706** Les pièces justificatives reçues pour le congé de perfectionnement sont inacceptables. Les jours facturés seront refusés et la rémunération récupérée, s'il y a lieu.
- 707** Nous n'avons pas reçu les pièces justificatives pour les congés de perfectionnement. La rémunération versée est donc récupérée.
- 708** Facturation de vos congés de perfectionnement non retenue en raison du territoire où vous pratiquez.
- 710** Le congé de perfectionnement a été refusé parce que, conformément à votre entente, vous ne pouvez recevoir aucune autre rémunération pendant une période d'invalidité, avec ou sans période de réadaptation (voir l'article 8.02, alinéa a) iii) de l'annexe V portant sur les avantages sociaux).
- 711** Le maximum de jours de congés pour visites médicales reliées à la grossesse est atteint. Nous avons donc modifié votre facturation pour un code d'assurance invalidité.
- 712** Ce code de congé doit être utilisé pour visites médicales reliées à la grossesse.
- 713** Le congé pour visites médicales reliées à la grossesse doit être justifié par un certificat médical. La rémunération versée pour ce congé sera récupérée si le document n'est pas reçu dans les 30 jours de la prise dudit congé.
- 714** Nous n'avons pas reçu le certificat médical justifiant le congé pour visite médicale reliée à votre grossesse. La rémunération versée est donc récupérée.
- 715** Facturation non retenue parce que le code de congé est relatif à la maternité.
- 716** Le certificat médical reçu justifie le congé pour visite médicale relié à votre grossesse.
- 719** Nous récupérons le montant que vous avez reçu à titre de prestations d'assurance emploi.
- 720** Un congé de maternité ne peut être discontinué plus d'une fois. Nous considérons donc votre congé de maternité terminé.
- 721** La Régie a la responsabilité de rémunérer les trois premières semaines d'un congé de retrait préventif (code 22) en fonction de la date de début de celui-ci. Même si la facturation de la deuxième et de la troisième semaines paraît refusée, celle-ci sera considérée et fera l'objet d'un paiement spécifique.

- 722** Le nombre maximum de jours payables lors d'un retrait préventif (code 22) est atteint. Cependant, s'il s'agit de la deuxième et de la troisième semaines de votre congé, la rémunération des jours payables pour cette période fera l'objet d'un paiement spécifique. Au-delà de cette période, la rémunération de votre congé relève de la CSST.
- 723** Votre congé pour retrait préventif est considéré comme étant terminé.
- 724** Congé de retrait préventif modifié pour tenir compte des nouvelles conditions qui s'appliquent.
- 725** Demande de retrait préventif en attente de pièces justificatives certifiant l'acceptation du retrait par la CSST.
- 726** L'extension de votre congé de maternité est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à votre entente.
- 727** Facturation à l'extérieur de la période d'extension prévue à votre congé de maternité.
- 728** La période d'extension du congé de maternité est terminée.
- 729** La facturation d'un congé de retrait préventif (code 22) doit se faire dans la partie détaillée identifiée « Congés » lorsqu'il y a diminution de la période régulière d'activités professionnelles.
- 734** Vous avez droit à un congé de maternité de 20 semaines dont 10 peuvent être rémunérées.
- 735** Conformément à votre entente, vous avez droit à un congé de maternité non rémunéré de 20 semaines.
- 736** Conformément à votre entente, en cas d'interruption de grossesse, le nombre minimal de semaines de grossesse pour avoir droit au congé de maternité est de 20 semaines.
- 737** Le maximum de jours pouvant être rémunérés pour votre congé de maternité est atteint.
- 739** La prolongation partielle de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que le nombre d'heures de votre contrat doit être supérieur à 17,50 heures.
- 746** Facturation à l'extérieur de la période de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- 747** La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considérée comme étant terminée.
- 748** La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à l'entente.
- 750** La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le professionnel ou son mandataire.
- 751** La demande de paiement n'est pas signée ou dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 756** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de congés fériés sont épuisés.

- 757** Codes de congé refusés en partie ou en totalité parce que les crédits de perfectionnement sont épuisés.
- 761** Votre période d'assurance invalidité est maintenant terminée.
- 767** Facturation en attente de règlement parce que les documents requis pour l'acceptation de ce congé ne nous sont pas parvenus.
- 768** Récupération du montant que vous avez reçu pour une rente d'invalidité ou de retraite d'un autre organisme gouvernemental.
- 769** Récupération en partie ou en totalité de certains congés à la suite de l'analyse de vos avantages sociaux.
- 771** Vous n'êtes pas admissible à un congé de maternité puisque vous n'avez pas accumulé les 20 semaines de facturation nécessaires.
- 773** Récupération en partie ou en totalité du montant que vous avez reçu des autres modes de rémunération.
- 774** Heures en remise de temps diminuées parce que l'accumulation d'heures supplémentaires est insuffisante.
- 775** Heures supplémentaires accumulées et non utilisées dans le délai prévu vous sont payées.
- 776** Votre demande de paiement est annulée parce qu'il n'y a aucune facturation.
- 777** Les heures supplémentaires calculées sont différentes des heures supplémentaires demandées pour accumulation. Nous avons donc considéré les heures calculées.
- 779** Aucune heure supplémentaire n'étant calculée, nous ne pouvons tenir compte de votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires.
- 780** Vous ne pouvez facturer ce congé à traitement différé, car la Régie n'a pas obtenu votre contrat d'adhésion à ce régime.
- 781** La date de facturation du congé à traitement différé ne correspond pas à celle prévue à votre contrat d'adhésion à ce régime.
- 782** Votre régime de congé à traitement différé est suspendu pour la période du congé de maternité.
- 783** Assurance invalidité inadmissible durant la période du congé à traitement différé.
- 784** Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période d'invalidité.
- 785** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'une invalidité de plus de 104 semaines.
- 786** Votre participation au régime de congé à traitement différé est suspendue pour la période du congé sans rémunération.

- 787** Votre contrat d'adhésion au régime de congé à traitement différé est annulé à la suite d'un congé sans rémunération de plus d'un an.
- 788** Les congés qui coïncident avec votre période de congé à traitement différé sont réputés avoir été pris.
- 790** Ce code de congé doit être utilisé pour un congé de paternité seulement.
- 791** Le maximum de jours payables pour un congé de paternité est atteint.
- 792** Le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- 793** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au congé pour adoption de dix (10) semaines (code 25).
- 794** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible au résiduel de congé de maternité (code 12).
- 795** Code de congé modifié car le maximum de jours payables pour un congé d'adoption est atteint.
- 796** Votre congé pour adoption est considéré comme étant terminé.
- # 797** La facturation d'activité ou de remise de temps qui coïncide avec votre période de congé à traitement différé est réputée avoir été prise.
- 800** Les heures de remise de temps supplémentaire sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 802** La somme remise d'heures supplémentaires est différente du total des heures demandées. Le total remis d'heures supplémentaires a été ajusté en conséquence.
- 803** La remise d'heures supplémentaires doit se prendre selon votre horaire habituel de travail.
- 804** Le nombre d'heures supplémentaires remis ne doit pas dépasser le nombre d'heures prévu par jour à votre avis de service.
- 810** Votre demande d'accumulation d'heures supplémentaires a été répartie sur une autre demande de paiement pour la même période et ce, jusqu'au maximum possible en fonction des heures supplémentaires calculées.
- 811** Demande de paiement révisée afin de permettre l'accumulation d'heures supplémentaires tel que demandé sur une autre demande de paiement de la même période de facturation.
- 835** Code de congé d'invalidité modifié conformément à votre entente.
- 836** Votre période de réadaptation est interrompue.
- 837** Codes de congé (72) modifiés parce que la seule valeur permise est de 1.00, par jour facturé.
- 838** Vous n'êtes pas admissible à une période de réadaptation parce que vous ne répondez pas aux critères d'application prévus à votre entente.
- 839** Codes de congé (72) refusés parce que le nombre d'heures d'activités déclarées est égal ou supérieur à la moyenne hebdomadaire de ce congé.

- 840** Votre facturation de congé d'invalidité n'est plus justifiée par votre dernier certificat médical. Veuillez nous en faire parvenir un nouveau.
- 842** La valeur de la durée du congé d'assurance invalidité a été ajustée pour tenir compte des autres facturations, pour cette même journée.
- 843** Congé d'assurance invalidité refusé parce que la somme des heures travaillées et/ou de remise de temps et/ou autres congés est égale ou supérieure à la moyenne applicable pour ce congé.
- 844** Conformément à votre entente, la facturation des congés est refusée en période de rééducation.
- 845** Codes de congé refusés parce que vous n'êtes pas admissible à ce type de congé sans rémunération.
- 846** Codes de congé refusés parce que vous avez déjà bénéficié de ce congé ou d'un type de congé sans rémunération.
- 847** Votre congé sans rémunération est considéré comme étant terminé.
- 848** Nous avons mis fin à votre congé sans rémunération pour tenir compte de votre dernière facturation.
- 849** Code de congé sans rémunération (57) modifié pour un code de congé (20) parce que vous ne répondez plus aux conditions stipulées à votre entente.
- 850** Vous êtes considéré en congé sans rémunération dans cet établissement.
- # **852** Conformément à votre entente, la facturation des congés est refusée en période de retour progressif.
- 855** Annulé ou corrigé à votre demande.
- 857** Demande de paiement endommagée.
- 859** Demande de révision non rédigée sur le formulaire approprié.
- 860** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 861** Ajustement rétroactif de votre rémunération, à la suite d'une modification à votre entente.
- 862** Nous récupérons le montant que vous avez reçu en allocation de maternité du gouvernement du Québec.
- 865** Une lettre explicative suivra sous peu.
- 866** Demande de paiement révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation de certains congés.
- 867** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée pour rétablir l'ordre d'utilisation des heures supplémentaires.
- 868** Demande de paiement révisée pour rétablir le délai de carence applicable à votre période d'invalidité.
- 869** Demande de paiement révisée pour répartir adéquatement vos heures de congés en tenant compte de votre facturation.

- 870** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée.
- 874** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée, à la suite de votre demande.
- 877** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite de changements dans le calcul de votre moyenne de traitement hebdomadaire.
- 878** Veuillez inscrire la lettre « A » dans la case C.S., en présence de renseignements complémentaires.
- 885** Codes de congé de vacances anticipées (32) révisés afin d'appliquer la moyenne hebdomadaire de l'année où ces congés ont été acquis.
- 886** Les crédits accumulés et non utilisés, indiqués dans votre bilan annuel, vous sont payés conformément à votre entente (congés fériés ou vacances).
- 887** Par suite de la fermeture de votre dossier et conformément à l'Entente, certains crédits accumulés vous sont payés tels que congés fériés, vacances et heures supplémentaires.
- 888** Demande de paiement ou requête de règlement interne révisée à la suite d'une modification à votre contrat ou à votre avis de service.
- 890** Demande de paiement ou requête de règlement interne « RRI » révisée à la suite de la modification de votre dossier concernant vos années d'expérience.
- 900** Le code de localité n'est pas retenu puisqu'aucune activité correspondante n'a été soumise.
- 905** Le code de localité est incomplet, non valide ou illisible.
- 999** À l'usage de la Régie, ne pas tenir compte.

# 9.7 CALENDRIER DE PAIEMENT (2016)

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

2016

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

FÉVRIER *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32	●	34	35	36	37
(8)	39	40	41	42	43	44
7	8	9	10	11	12	13
(9)	46	●	48	49	50	51
14	15	16	17	18	19	20
(10)	53	54	55	56	▼	58
21	22	23	24	25	26	27
(11)	60					
28	29					

MARS *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		●	62	63	64	65
(12)	67	68	69	70	71	72
6	7	8	9	10	11	12
(13)	74	●	76	77	78	79
13	14	15	16	17	18	19
(14)	81	82	83	84	▼	86
20	21	22	23	24	25	26
(15)	88	●	90	91		
27	28	29	30	31		

AVRIL *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)					92	93
(16)	95	96	97	98	▼	100
3	4	5	6	7	8	9
(17)	102	●	104	105	106	107
10	11	12	13	14	15	16
(18)	109	110	111	112	▼	114
17	18	19	20	21	22	23
(19)	116	●	118	119	120	121
24	25	26	27	28	29	30

MAI *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(20)	123	124	125	126	127	128
(21)	130	●	132	133	134	135
8	9	10	11	12	13	14
(22)	137	138	139	140	▼	142
15	16	17	18	19	20	21
(23)	144	●	146	147	148	149
22	23	24	25	26	27	28
(24)	151	152				
29	30	31				

JUIN *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)				153	154	156
(25)	158	●	160	161	162	163
5	6	7	8	9	10	11
(26)	165	166	167	168	▼	170
12	13	14	15	16	17	18
(27)	172	●	174	175	176	177
19	20	21	22	23	24	25
(28)	179	180	181	182		
26	27	28	29	30		

JUILLET *20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)					1	2
(29)	186	●	188	189	190	191
3	4	5	6	7	8	9
(30)	193	194	195	196	▼	198
10	11	12	13	14	15	16
(31)	200	●	202	203	204	205
17	18	19	20	21	22	23
(32)	207	208	209	210	▼	212
24	25	26	27	28	29	30

AOÛT *23						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
(34)	221	222	223	224	▼	226
7	8	9	10	11	12	13
(35)	228	●	230	231	232	233
14	15	16	17	18	19	20
(36)	235	236	237	238	▼	240
21	22	23	24	25	26	27
(37)	242	●	244			
28	29	30	31			

SEPTEMBRE *21						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)				1	2	3
(38)	249	250	251	252	▼	254
4	5	6	7	8	9	10
(39)	256	●	258	259	260	261
11	12	13	14	15	16	17
(40)	263	264	265	266	▼	268
18	19	20	21	22	23	24
(41)	270	●	272	273	274	
25	26	27	28	29	30	

OCTOBRE *20						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)					1	276
(42)	277	278	279	280	▼	282
2	3	4	5	6	7	8
(43)	284	●	286	287	288	289
9	10	11	12	13	14	15
(44)	291	292	293	294	▼	296
16	17	18	19	20	21	22
(45)	298	●	300	301	302	303
23	24	25	26	27	28	29
30	31	25	26	27	28	29

NOVEMBRE *22						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)					1	310
(47)	312	●	314	315	316	317
6	7	8	9	10	11	12
(48)	319	320	321	322	▼	324
13	14	15	16	17	18	19
(49)	326	●	328	329	330	331
20	21	22	23	24	25	26
(50)	333	334	335			
27	28	29	30			

DÉCEMBRE *18						
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)					1	338
(51)	340	●	342	343	344	345
4	5	6	7	8	9	10
(52)	347	348	349	350	▼	352
11	12	13	14	15	16	17
(53)	354	●	356	357	358	359
18	19	20	21	22	23	24
(54)	361	362	363	364	▼	366
25	26	27	28	29	30	31

7095 292 1568

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

# CALENDRIER DE PAIEMENT (2017)

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

2017

**JANVIER** \*20

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

**FÉVRIER** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(5)				1	2	3 4
(6)	37	38	39	40	42	
(7)	5	6	7	8	9	10 11
(8)	12	13	14	15	16	17 18
(9)	19	20	21	22	23	24 25
(10)	26	27	28			

**MARS** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				1	2	3 4
(10)	65	66	67	68	70	
(11)	5	6	7	8	9	10 11
(12)	12	13	14	15	16	17 18
(13)	19	20	21	22	23	24 25
(14)	26	27	28	29	30	31

**AVRIL** \*18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						1
(14)	83	84	85	86	88	
(15)	2	3	4	5	6	7 8
(16)	9	10	11	12	13	14 15
(17)	16	17	18	19	20	21 22
(18)	23	24	25	26	27	28 29

**MAI** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)	121	122	123	124	126	
(19)	7	8	9	10	11	12 13
(20)	14	15	16	17	18	19 20
(21)	21	22	23	24	25	26 27
(22)	28	29	30	31		

**JUIN** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				152	154	
(23)	4	5	6	7	8	9 10
(24)	11	12	13	14	15	16 17
(25)	18	19	20	21	22	23 24
(26)	25	26	27	28	29	30

**JUILLET** \*21

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

**AOÛT** \*23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)			214	215	216	217
(32)	6	7	8	9	10	11 12
(33)	13	14	15	16	17	18 19
(34)	20	21	22	23	24	25 26
(35)	27	28	29	30	31	

**SEPTEMBRE** \*20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)						1 2
(36)	3	4	5	6	7	8 9
(37)	10	11	12	13	14	15 16
(38)	17	18	19	20	21	22 23
(39)	24	25	26	27	28	29 30

**OCTOBRE** \*21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	1	2	3	4	5	6 7
(41)	8	9	10	11	12	13 14
(42)	15	16	17	18	19	20 21
(43)	22	23	24	25	26	27 28
(44)	29	30	31			

**NOVEMBRE** \*22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)				1	2	3 4
(45)	5	6	7	8	9	10 11
(46)	12	13	14	15	16	17 18
(47)	19	20	21	22	23	24 25
(48)	26	27	28	29	30	

**DÉCEMBRE** \*17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)						1 2
(49)	3	4	5	6	7	8 9
(50)	10	11	12	13	14	15 16
(51)	17	18	19	20	21	22 23
(52)	24	25	26	27	28	29 30

7095 297 / 1509

( ) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

\* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT



**MESSAGES EXPLICATIFS AU TARIF HORAIRE****9.8 MESSAGES EXPLICATIFS**

- # **097** La qualité ou le format d'impression d'une ou des pièces justificatives ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- # **098** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- # **099** Le numéro de contrôle externe est absent, incomplet, illisible ou invalide. Cette demande paraît sous le numéro de contrôle externe 9999.
- 100** Le numéro du professionnel est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 101** Le numéro du professionnel est absent au fichier des dispensateurs de services assurés.
- 102** Le nom du professionnel est absent, incomplet ou illisible et ne correspond pas au numéro inscrit sur la demande de paiement.
- 103** Services dispensés alors que vous n'étiez pas admissible à recevoir paiement de la Régie.
- 104** Selon nos informations, les services ont été dispensés lorsque vous n'étiez pas admissible à être payé au tarif horaire.
- 105** Seul l'original d'une demande de paiement peut être accepté.
- 125** Secteur d'activité (dernier chiffre du n<sup>o</sup> d'établissement) différent de celui indiqué à l'avis de service.
- 150** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe est illisible.
- 151** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro de groupe ne figure pas à nos fichiers.
- 152** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit comme membre du groupe dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 153** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et aux renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 160** La signature du professionnel de la santé est absente, veuillez refacturer.
- 161** La signature du représentant de l'établissement est absente, veuillez refacturer.
- 162** Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes, veuillez refacturer.
- 163** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le professionnel.
- 164** La demande de paiement n'est pas dûment signée par le représentant de l'établissement.
- 165** La demande de paiement n'est dûment signée ni par le professionnel ni par le représentant de l'établissement.
- 200** Le numéro d'établissement est absent, incomplet, illisible ou non valide.
- 201** Le numéro d'établissement ne correspond pas au nom de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 202** Le numéro d'établissement est inexistant au moment de la période de facturation.

- 203** L'identification de l'établissement est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 204** Les services ne peuvent vous être payés dans cet établissement parce que le code d'établissement inscrit ne figure pas dans nos fichiers.
- 205** Les services sont non assurés.
- 206** Les services pour lesquels vous demandez paiement n'ont pas été dispensés.
- 298** Les services dispensés à des dates (quantièmes) non comprises dans la période de facturation n'ont pas été pris en considération.
- 299** La date (quantième) est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 300** La date de début ou de fin de la période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 301** La date du début de la période de facturation n'est pas un dimanche et/ou la date de fin de période de facturation n'est pas un samedi.
- 302** La période de facturation est absente, non valide, incomplète ou illisible.
- 303** La période de facturation a été ajustée selon le calendrier de facturation des honoraires forfaitaires.
- 305** La durée de la période de facturation excède la limite permise.
- 306** L'avis de service avec cet établissement est non conforme pour cette période de facturation.
- 309** Date des services postérieure à la date de réception de la demande à la Régie.
- 312** Selon nos dossiers, les services dispensés à cette date dans cet établissement ne sont pas couverts par un avis de service.
- 314** Les services ont déjà été payés.
- 315** Le délai de facturation ou de refacturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie ou l'entente.
- 321** L'activité identifiée par le code n'est pas prévue à l'avis de service.
- 322** Le code d'activité est inexistant à la date des services.
- 323** L'activité identifiée par le code n'est pas permise dans votre établissement.
- 324** Le code d'activité est absent, non valide, incomplète ou illisible.
- 325** L'activité identifiée par le code n'est pas prévue au contrat ou à l'avis de service.
- 326** Les données relatives à l'activité facturée soit la plage horaire, le code d'activité ou les heures travaillées sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- 350** Le code d'activité doit être justifié par des notes explicatives.
- 353** Les données inscrites ne sont pas conformes à votre entente.
- 356** Le code d'activité n'est pas autorisé pour cette plage horaire.
- 359** Les fractions d'heures facturées doivent être inscrites en centièmes et non en minutes.
- 360** Les heures réclamées sont illisibles ou absentes.
- 363** Le nombre maximum de jours prévu à l'entente a été dépassé.

- 364** La somme des heures réclamées pour cette journée est plus grande que le maximum admissible.
- 365** Le total des heures réclamées a été rectifié en fonction du total des heures calculées par la Régie.
- 366** Le nombre d'heures travaillées n'est pas indiqué pour le code d'activité facturé.
- 367** Le maximum d'heures pouvant être facturé dans la plage horaire étant dépassé, nous n'avons payé que le maximum applicable.
- 368** Le nombre maximum d'heures prévu à l'entente a été dépassé.
- 370** La plage horaire n'est pas indiquée.
- 371** Seule la première case cochée de la plage horaire a été prise en compte.
- 372** Plus d'une case de la plage horaire a été cochée.
- 373** Considérant la distance parcourue entre les établissements que vous avez visités, le maximum d'heures pouvant être facturé dans cette plage horaire a été dépassé.
- 374** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- 375** L'utilisation d'une plage horaire multiple n'est permise que pour un seul code d'activité. Veuillez refacturer.
- 391** Le dépassement d'heures d'activités régulières pour l'année est refusé.
- 394** Pour ce code d'activité, le nombre maximal d'heures a été autorisé en fonction de la plage horaire identifiée.
- 405** Les pièces justificatives requises sont manquantes.
- 408** Aucun service ne paraît sur la demande.
- 409** La demande de paiement correspondant aux services rendus a été annulée.
- 418** Le temps de déplacement n'est pas autorisé.
- 473** Les frais de déplacement ne sont pas payables.
- 503** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 550** Rectification d'une demande de paiement.
- 551** Annulation d'une demande de paiement payée.
- 554** Révision effectuée sur la base de votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 555** Rectification du montant payé. Le montant payé est recalculé.
- 556** Rectification effectuée à votre demande.
- 557** Rectification d'un paiement. Lettre explicative sera envoyée sous pli séparé.
- 558** Demande de paiement ou demande de remboursement annulée: les corrections ont été reportées sur votre demande de paiement ou demande de remboursement initiale.
- 560** Ajustement rétroactif de votre rémunération à la suite de l'application d'une colonne différente du tableau des modificateurs, conformément aux stipulations actuelles de votre entente.

- 570** Les maximums d'heures inscrits aux articles 4 de l'Annexe IV et 8.17 de votre entente ont été atteints. Les honoraires ont été rectifiés selon les conditions de l'annexe IV.
- 601** Nous n'avons pas reçu votre avis de service.
- 603** L'exemplaire du professionnel a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 604** Demande de paiement mutilée.
- 605** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié.
- 612** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 613** Ajustement rétroactif des barèmes de rémunération.
- 614** Demande de paiement annulée à votre demande.
- 615** Annulation d'une demande de paiement qui vous a été incorrectement payée à cause d'une erreur de numéro du professionnel.
- 630** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis dans votre demande de révision.
- 631** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 632** Le délai permis pour une demande de révision est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 633** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 634** Révision en cours.
- 635** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 650** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 651** Pour faire suite aux communications antérieures.
- 652** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 653** Selon la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 661** Le mode de rémunération est différent de celui prévu à l'avis de service.
- 664** Le mode de rémunération utilisé n'est pas autorisé par cette entente.
- 666** Ce service n'est pas payable une journée fériée.
- 668** Le temps minimum requis par jour par entente n'a pas été atteint.
- 671** Non permis par votre entente.
- 673** Celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires relatifs à ce mode de rémunération.
- 676** Le mode de rémunération est absent, non valide, incomplet ou illisible.
- 681** Ce service n'est pas payable une fin de semaine.
- 703** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.

- 704** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue. Vous pouvez cependant présenter une nouvelle demande de révision indiquant que votre cas doit être soumis à votre fédération ou association, le cas échéant.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.



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

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

**AVIS :** Voir la règle d'application 1.23.

**AVIS :** La Régie considère **un même endroit** comme étant un **même lieu physique** où sont dispensés des services optométriques. Voir instructions de facturation, section 3.2.5, onglet Rémunération à l'acte.

**1.19** Pour les fins de l'application du paragraphe 3.03 le diagnostic optométrique exige une correction à l'aide de prothèse appliquée sur la cornée ou la sclérotique lorsqu'il est impossible d'améliorer la vision à mieux que 20/40 par la prescription d'une lunette ou lorsqu'il s'agit de lentilles thérapeutiques dans les cas de pathologie oculaire nécessitant le port de lentilles de contact suite à une référence d'un médecin.

**AVIS :** Voir l'acte codé 9012, à la section 10.6 du présent onglet.

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.

**AVIS :** Voir les actes codés 9017 et 9018, à la section 10.6 du présent onglet.

**1.20** L'optométriste ne peut réclamer le paiement de l'acte d'adaptométrie lorsqu'il pose cet acte pour remplir un formulaire requis par un organisme public ou privé ou par un employeur.

Toutefois, lorsque le formulaire est requis pour fins d'emploi ou en cours d'emploi, l'optométriste peut réclamer le paiement à la Régie lorsque l'acte d'adaptométrie est exigé par une loi du Québec autre que la *Loi sur les décrets de convention collective*.

**AVIS :** Voir l'acte codé 9009, à la section 10.6 du présent onglet.

**1.21** L'examen sous dilatation du segment postérieur est un examen complémentaire à l'examen complet, à l'examen partiel, à l'examen subséquent ou à l'examen d'urgence. Cet examen ne peut être réclamé qu'une fois par année civile pour une personne visée au paragraphe 3.05. Le diagnostic est requis.

Seuls les services relatifs à l'étude des champs visuels, à la tonométrie et/ou biomicroscopie et à la motilité oculaire lorsque requise, peuvent être réclamés en plus de l'examen prérequis, sauf s'il s'agit d'un examen partiel, à l'examen sous dilatation du segment postérieur.

Si un autre examen est effectué le même jour que l'examen prérequis ou le même jour que l'examen sous dilatation du segment postérieur, l'optométriste doit préciser qu'il n'est pas relié à l'examen sous dilatation du segment postérieur pour le réclamer.

**1.22** L'examen partiel et l'examen d'urgence ne peuvent être réclamés le même jour pour une personne.

L'examen d'urgence ne peut être réclamé pour une condition non résorbée, plus d'une fois par année civile, pour une personne ayant le même diagnostic.

**1.23** Lorsqu'un service assuré comporte une application sur une base annuelle ou selon une période exprimée en mois, l'application est celle de l'année civile, à moins d'indication contraire.

**1.24** Lorsqu'un optométriste procède à un examen subséquent qui consiste à apprécier l'évolution de l'état de la lésion d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi postopératoire de la chirurgie de la cataracte, cet examen est rémunéré au tarif de 20,25 \$.

De plus, l'optométriste ne peut réclamer plus de trois (3) examens subséquents d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi postopératoire de la chirurgie de la cataracte durant la période de quarante-cinq (45) jours suivant la chirurgie.

# **AVIS** : *Utiliser une Demande de paiement - Optométriste (1500) et inscrire :*

- le code **9022**;
- la lettre **A** dans la case **CONSIDÉRATION SPÉCIALE**;
- dans la case **DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** :
  - la date de la chirurgie de la cataracte;
  - l'initiale du prénom et le nom complet de l'ophtalmologiste référant;
  - le numéro d'inscription du médecin (six chiffres) à la Régie.

## 10.6 TABLEAU DES HONORAIRES

**NOTE:** Le cabinet d'optométrie doit être précisé lors de la réclamation d'un service à moins que celui-ci ne soit rendu à domicile.

**AVIS** : *Pour la facturation des services rendus ailleurs qu'en cabinet d'optométrie, veuillez ne rien inscrire dans la case Établissement, mais préciser dans la case **DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** le lieu où les services ont été dispensés.*

**AVIS** : *Depuis le 26 mai 1993, les services optométriques ne sont plus assurés pour les personnes âgées de 18 ans à 64 ans inclusivement, sauf :*

- pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours détenant un carnet de réclamation valide. Cependant, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1996, un délai de carence de 12 mois consécutifs est applicable pour tous ces services optométriques sauf l'examen partiel et les services aux handicapés visuels.

*Veuillez vous référer à la section 3.2.4 sous l'onglet Rémunération à l'acte pour la facturation des exceptions.*



NOMENCLATURE	TAUX
9006 Examen du champ visuel central . . . . .	8,00
<b><u>AVIS :</u></b> <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
<b><u>AVIS :</u></b> <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
<b><u>AVIS :</u></b> <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>	
<b><u>AVIS :</u></b> <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
<b><u>AVIS :</u></b> <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
<b><u>AVIS :</u></b> <i>Veillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.</i>	
<b>EXAMENS SPÉCIFIQUES</b>	
9010 Examen spécifique de la vision sous-normale . . . . .	70,00
<b><u>AVIS :</u></b> <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>	
<b><u>AVIS :</u></b> <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
<b><u>AVIS :</u></b> <i>Voir les règles d'application 1.09 et 1.23.</i>	
#	<i>Le code de diagnostic 068.7 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>

<b>NOMENCLATURE</b>		<b>TAUX</b>
9012	Examen spécifique de lentilles de contact . . . . .	48,00
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir les règles d'application 1.09, 1.19 et 1.23.	
#	<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 diagnostic ainsi que le nom du médecin référant dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
#	* Définition du code administratif 169.6 : <i>Autres pathologies oculaires nécessitant le port de lentilles de contact.</i>	
	<i>Le diagnostic requis pour cet acte doit être inscrit en premier lieu dans la case prévue à cette fin, même s'il n'est pas principal.</i>	
	<i>Les codes de diagnostic 067.1, 067.3, 067.5 et 067.7 doivent être accompagnés du code de diagnostic 068.1 ou 068.3 pour confirmer que la vision ne peut être améliorée à mieux que 20/40 par la prescription d'une lunette.</i>	
9030	Examen spécifique d'orthoptique . . . . .	46,00
	<b><u>AVIS :</u></b> 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
	<b><u>AVIS :</u></b> 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<sup>e</sup> 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	
	<b><u>AVIS :</u></b> Veuillez fournir des notes explicatives lorsque cet acte est réclamé pour une personne assurée de moins de cinq ans.	

<b>NOMENCLATURE</b>		<b>TAUX</b>
9014	* Examen subséquent . . . . .	14,50
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13, 1.14 et 1.23.	
	<i>Ce code d'acte ne peut être facturé pour un examen subséquent relié à un examen spécifique de lentilles de contact. Dans ce dernier cas, le code suivant doit être utilisé :</i>	
9018	* Examen subséquent à un examen spécifique de lentilles de contact (voir les règles d'application 1.11, 1.12, 1.13 et 1.19) . . . . .	14,50
	<b><u>AVIS :</u></b> Pour la facturation d'un examen subséquent qui consiste à apprécier l'évolution de l'état de la lésion d'une personne assurée référée par un ophtalmologiste pour un suivi post opératoire de la chirurgie de la cataracte (code d'acte <b>9022</b> ), veuillez vous référer à la règle d'application 1.24.	
9028	Supplément pour visite à domicile . . . . .	33,00
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir la règle d'application 1.17.	
	<b>Frais pour déplacement relié à la visite à domicile</b>	
9015	De huit à soixante kilomètres simples (distance dans un sens seulement), le kilomètre . . . . .	0,86
9016	Au-delà de soixante kilomètres . . . . .	C.S.
	<b><u>AVIS :</u></b> Voir section 3.2.3.2, sous l'onglet Rémunération à l'acte.	



## 11. DIAGNOSTICS

### AVANT-PROPOS

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

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

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

Ce répertoire est constitué d'un index alphabétique.

### AGENCEMENT ET STRUCTURE DE L'INDEX ALPHABÉTIQUE

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

#### STRUCTURE

##### Cécité SAI 369.9

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

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

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

La cécité des couleurs sera classée à 069.0

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

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

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

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

### REMARQUES EN REGARD DES ABRÉVIATIONS ET AUTRES SIGNES CONVENTIONNELS UTILISÉS FRÉQUEMMENT

#### Parenthèses

Les parenthèses ont des significations particulières :

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

**3.** Elles peuvent spécifier un organe ou une région.

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

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

**Renvois**

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

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

**Abréviations**

Les principales abréviations sont :

NCA : « Non classé ailleurs » « autres ».

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

Ex. Déformation de la cornée « autres » 371.7.

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

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

**PRINCIPE DE CODAGE**

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

Ex. Maladie de la cornée SAI 371.9.

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

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

Ex. Anomalie congénitale de l'oeil 743.9.

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

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

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

**# AVIS : Codes diagnostics administratifs**

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

Code d'acte 9012 : 169.6

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

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

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

INDEX ALPHABÉTIQUE DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE  
DES MALADIES, NEUVIÈME (CIM)

## A

<b>Achromatopsie</b> .....	069.0
<b>Acuité normale, voir vision normale</b>	
<b>Acuité restreinte, voir amblyopie</b>	
<b>Affection, voir maladie</b>	
<b>Albinisme</b> .....	270.2
<b>Altération des membranes cornéennes</b> .....	371.3
<b>Amblyopie SAI</b> .....	068.9
de 6/9 (20/30) dans le meilleur oeil .....	068.0
de 6/12 à 6/21 (20/40 à 20/70) dans le meilleur oeil .....	068.1
inférieure à 6/21 (20/70) dans le meilleur oeil .....	068.3
diabétique .....	250.7
hystérique .....	300.1
monoculaire .....	068.4
<b>Aniridi</b> .....	743.9
<b>Aniséikonie</b> .....	068.7
<b>Anisocorie</b> .....	743.9
<b>Anisométrie (ou antimétrie)</b> de moins de 2 dioptries d'au moins de 2 dioptries (incluant l'antimétrie) .....	067.6 067.7
<b>Anomalie (de) (du)</b> champ visuel .....	368.4
correspondance rétinienne .....	368.3
fonctionnelle de la pupille mouvements binoculaires autres que le strabisme .....	379.4 378.8
mouvements oculaires .....	379.5
oeil (congénitale) .....	743.9
rétine .....	361.9
<b>Anophtalmie</b> .....	743.9
<b>Antimétrie, voir anisométrie</b>	
<b>Aphakie</b> monoculaire (acquise) (congénitale) .....	068.5
binoculaire (acquise) (congénitale) .....	068.6
congénitale .....	743.9
<b>Asthénopie</b> .....	368.1
<b>Astigmatisme</b> de moins de 3 dioptries .....	067.4
d'au moins 3 dioptries .....	067.5
<b>Atrophie du globe oculaire</b> .....	360.9
<b>Autres affections des paupières</b> <b>Avitaminose A</b> .....	374.8 264.9

## B

<b>Blépharite</b> .....	373.0
-------------------------	-------

<b>Blépharo-conjonctivite</b> .....	372.2
<b>Brûlure</b> annexes (oeil) .....	940.9
oeil .....	940.9
<b>Buphtalmie</b> .....	743.9

## C

<b>Cataracte SAI</b> .....	366.9
congénitale .....	743.9
diabétique .....	250.4
infantile .....	366.0
juvénile .....	366.0
présénile .....	366.0
sénile .....	366.1
traumatique .....	366.2
<b>Cécité SAI</b> .....	369.9
des couleurs (achromatopsie) ..	069.0
des deux yeux .....	369.0
d'un oeil .....	369.6
hystérique .....	300.1
nocturne .....	368.6
par avitaminose A .....	264.9
<b>Chalazion</b> .....	373.2
<b>Champ visuel anormal</b> (central, périphérique) .....	368.4
inférieur à 60 degrés .....	368.8
<b>Chloropsie</b> .....	069.3
<b>Chorio-rétinite</b> .....	363.9
<b>Cicatrice (de)</b> chorio-rétinienne .....	363.9
conjonctive .....	372.6
cornéenne et opacité .....	371.0
<b>Colobome (oeil) (tout siège)</b> ..	743.9
<b>Conjonctivite</b> .....	372.3
aiguë .....	372.0
chronique .....	372.1
gonococcique (nouveau-né) ..	098.4
virale .....	077.9
<b>Cornée irrégulière, voir déformation</b>	
<b>Corps étranger de l'oeil, cornée</b>	930.0
<b>Cyanopsie</b> .....	069.3

## D

<b>Décollement de la rétine</b> .....	361.9
<b>Déficiences de la vision des couleurs</b> SAI 069.9, voir aussi achromatop- sie, dyschromatopsie	
<b>Déformation de la cornée</b> (autres) .....	371.7

<b>Dégénérescences</b>		<b>F</b>	
cérébrales pendant l'enfance . . .	330.9		
voir aussi idiotie amaurotique de		<b>Fusion avec anomalies de la vision</b>	
la cornée . . . . .	371.4	stéréoscopique . . . . .	368.3
<b>Dépôts de la conjonctive</b>	372.5	<b>G</b>	
<b>Dermatose de la paupière</b>		<b>Glaucome</b>	365.9
infectieuse . . . . .	373.4	congénital . . . . .	743.9
non infectieuse . . . . .	373.3	<b>Goitre exophtalmique</b>	242.0
<b>Deutéranomalie</b>	069.1	<b>H</b>	
<b>Deutéranopie</b>	069.2	<b>Hallucinations visuelles</b>	368.1
<b>Diabète</b>		<b>Herpès oculaire</b>	054.4
avec complications oculaires		<b>Hétérophorie</b>	378.4
(cataracte, rétinopathie) . . . . .	250.4	<b>Hétérotropie - autres et sans pré-</b>	
avec autres complications précisées		cision	378.3
(myopie, amblyopie) . . . . .	250.7	<b>Hypermétropie</b>	
avec complications non		de moins de 5 dioptries . . . . .	067.0
précisées . . . . .	250.9	d'au moins 5 dioptries . . . . .	067.1
<b>Diagnostic différé</b>	799.1	<b>Hypotonie oculaire</b>	360.9
<b>Difficultés spécifiques de</b>		<b>I</b>	
l'orthographe . . . . .	315.0	<b>Ianthinopsie</b>	069.3
<b>Diplopie</b>	368.2	<b>Idiotie amaurotique</b>	330.9
<b>Disparition de la vision</b>		<b>Infection (de)</b>	
binoculaire . . . . .	368.3	appareil lacrymal SAI . . . . .	375.9
<b>Dyscalculie</b>	315.1	oeil SAI . . . . .	360.9
<b>Dyschromatopsie (de)</b>		gonococcique . . . . .	098.4
type dichromatique . . . . .	069.2	orbite SAI . . . . .	376.9
deutéranopie . . . . .	069.2	<b>Inflammation de la paupière SAI</b>	373.9
protanopie . . . . .	069.2	<b>Iritis gonococcique</b>	098.4
tritanopie . . . . .	069.2	<b>K</b>	
type monochromatique . . . . .	069.3	<b>Kératite SAI</b>	370.9
chloropsie (vision verte) . . . . .	069.3	dendritique . . . . .	054.4
cyanopsie (vision bleue) . . . . .	069.3	disciforme . . . . .	054.4
érythroopsie (vision rouge) . . . . .	069.3	herpétique . . . . .	054.4
ianthinopsie (vision violette) . . . . .	069.3	interstitielle et profonde . . . . .	370.5
xanthopsie (vision jaune) . . . . .	069.3	ponctuée . . . . .	370.2
type trichromatique . . . . .	069.1	profonde . . . . .	370.5
deutéranomalie . . . . .	069.1	striée . . . . .	370.2
protanomalie . . . . .	069.1	superficielle sans conjonctivite . . . . .	370.2
tritanomalie . . . . .	069.1	<b>Kératocône</b>	371.6
<b>Dyslexie fonctionnelle</b>	315.0	<b>Kérato-conjonctivite</b>	370.3
<b>Dystrophie</b>		<b>Kératomalacie</b>	264.9
cornéenne héréditaire . . . . .	371.5	<b>Kyste de la conjonctive</b>	372.7
musculaire oculaire . . . . .	359.9	<b>L</b>	
<b>E</b>		<b>Luxation du cristallin</b>	379.3
<b>Éblouissement</b>	780.4	<b>Luxation du globe oculaire</b>	360.9
<b>Ectropion</b>	374.1	<b>M</b>	
<b>Entropion</b>	374.0	<b>Macropsie</b>	368.1
<b>Épisclérite</b>	379.0		
<b>Érythroopsie</b>	069.3		
<b>Étourdissements</b>	780.4		
<b>Examen (de)</b>			
l'oeil (normal) . . . . .	V72.0		



<b>Maladie (de) (du)</b>		<b>Pigmentation de la cornée</b> . . . . .	371.1
appareil lacrymal . . . . .	375.9	<b>Plaie</b>	
choroïde . . . . .	363.9	annexes de l'oeil . . . . .	870.9
conjonctive SAI . . . . .	372.9	<b>Polycorie</b> . . . . .	743.9
dégénérative . . . . .	372.5	<b>Presbytie</b> . . . . .	067.8
NCA . . . . .	372.8	<b>Protanomalie</b> . . . . .	069.1
cornée SAI . . . . .	371.9	<b>Protanopie</b> . . . . .	069.2
dégénérative . . . . .	371.4	<b>Ptérygion</b> . . . . .	372.4
NCA . . . . .	371.8	<b>Ptoxis</b> . . . . .	374.3
corps ciliaire . . . . .	364.9		
cristallin . . . . .	379.3	<b>R</b>	
globe oculaire . . . . .	360.9	<b>Retard (spécifique)</b>	
iris . . . . .	364.9	calcul . . . . .	315.1
oeil SAI . . . . .	379.9	lecture . . . . .	315.0
NCA . . . . .	379.8	motricité . . . . .	315.4
orbite . . . . .	376.9	<b>Rétention de corps étranger</b>	
paupière . . . . .	374.9	<b>intraoculaire</b> . . . . .	360.9
rétine . . . . .	362.9	<b>Rétinopathie diabétique</b> . . . . .	250.4
sclérotique . . . . .	379.1		
vitré . . . . .	379.2	<b>S</b>	
<b>Maladresse</b> . . . . .	315.4	<b>Sclérite</b> . . . . .	379.0
<b>Mélanome malin de la paupière</b>		<b>Scotome scintillant</b> . . . . .	368.1
(peau) . . . . .	172.9	<b>Spasme de l'accommodation</b> . . . . .	367.5
<b>Métamorphopsie</b> . . . . .	368.1	<b>Strabisme SAI</b> . . . . .	378.9
<b>Microphthalmie</b> . . . . .	743.9	convergent concomitant . . . . .	378.0
<b>Microsopie</b> . . . . .	368.1	divergent concomitant . . . . .	378.1
<b>Migraine ophtalmique</b> . . . . .	346.9	intermittent . . . . .	378.2
<b>Mydriase</b> . . . . .	379.4	mécanique . . . . .	378.6
<b>Myopathie oculaire</b> . . . . .	359.9	NCA . . . . .	378.7
<b>Myopie</b>		paralytique . . . . .	378.5
de moins de 5 dioptries . . . . .	067.2	<b>Subluxation du cristallin</b> . . . . .	379.3
d'au moins 5 dioptries . . . . .	067.3	<b>Suppression</b> . . . . .	368.3
diabétique . . . . .	250.7	<b>Syndrome dyspraxique</b> . . . . .	315.4
<b>Myosis</b> . . . . .	379.4		
<b>N</b>		<b>T</b>	
<b>Nystagmus</b> . . . . .	379.5	<b>Trachome SAI</b> . . . . .	076.9
<b>O</b>		<b>Trichiasis de la paupière</b> . . . . .	374.0
<b>Oedème de la cornée</b> . . . . .	371.2	<b>Tritanomalie</b> . . . . .	069.1
<b>Opacité cornéenne</b> . . . . .	371.9	<b>Tritanopie</b> . . . . .	069.2
<b>Ophtalmie des nouveau-nés</b>		<b>Troubles (de) (du)</b>	
SAI . . . . .	771.6	accommodation . . . . .	367.5
gonococcique . . . . .	098.4	développement (mixtes) . . . . .	315.5
<b>Orgelet</b> . . . . .	373.1	métabolisme	
<b>P</b>		acides aminés aromatiques	
<b>Panophtalmie</b> . . . . .	360.9	(albinisme) . . . . .	270.2
<b>Parésie de l'accommodation</b> . . . . .	367.5	lipides . . . . .	272.2
<b>Pathologie, voir maladie</b>		névrotiques (cécité hystérique)	
<b>Perception simultanée</b>		(amblyopie hystérique) . . . . .	300.1
sans fusion . . . . .	368.3	vasculaires de la conjonctive . . . . .	372.7
<b>Perte de la vision des couleurs</b> . . . . .	069.0	vision SAI . . . . .	368.9
<b>Photophobie</b> . . . . .	368.1	des couleurs SAI . . . . .	069.9
<b>Photopsie</b> . . . . .	368.1		

**Tumeur**

bénigne	
oeil (tout siège) . . . . .	224.9
paupière . . . . .	215.0
maligne	
paupière . . . . .	173.9
nature non précisée	
nerf optique . . . . .	239.7
oeil . . . . .	239.8
paupière . . . . .	239.2

**V**

**Vices de réfraction SAI** . . . . . 067.9  
**- voir aussi condition**

**Vision**

bleue (cyanopsie) . . . . .	069.3
des couleurs anormale . . . . .	069.9
jaune (xanthopsie) . . . . .	069.3
normale V72.0	
rouge (érythroopsie) . . . . .	069.3
verte (chloropsie) . . . . .	069.3
violette (ianthopsie) . . . . .	069.3

**X**

**Xanthélasma** . . . . . 272.2  
**Xanthopsie** . . . . . 069.3  
**Xérophtalmie par avitaminose A** 264.9

**Z**

**Zona ophtalmique** . . . . . 053.2

## 12. MANUEL ET FORMULAIRES

### 12.1 MANUEL

#### 12.1.1 MANUEL SUR INTERNET

Le manuel destiné aux optométristes est mis à jour régulièrement et disponible sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

#### 12.1.2 MANUEL PAPIER ET COMMANDE

À la demande de l'optométriste, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste.

- # Pour commander le manuel, remplir et envoyer le formulaire *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

L'optométriste peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

### 12.2 FORMULAIRES

#### 12.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Web et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

#### 12.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, l'optométriste utilisant les demandes de paiement à l'acte format papier (1500), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalant à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1<sup>er</sup> avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

D'autres formulaires et demandes de paiement papier sont disponibles. La liste des principaux formulaires papier figure au verso du formulaire *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491).

#### 12.2.3 COMMANDE

Pour toute commande de formulaire papier, utilisez le site Web de la Régie, à la section *Formulaires*. Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste en remplissant le formulaire *Commande de formulaires et d'enveloppes* (1491). Pour acheminer votre demande, référez-vous aux coordonnées indiquées à la page 2 de l'introduction de ce manuel.