



MANUEL DES OPTOMÉTRISTES

MISE À JOUR 36
JUILLET 2017

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

ENTENTE

- Modifications administratives

Pages : [36](#), [61](#), [62](#) et [75](#)

RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

- Modifications administratives

Pages : [2](#), [4](#), [6](#), [10](#), [13](#), [16](#) et [20](#)

PAIEMENT À HONORAIRES FIXES - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages 018, 042, 155, 156, 328, 829, 841 et 879
- Modification des messages 005, 023, 027, 033, 037, 051, 052, 064, 080, 083, 086, 088, 103, 105, 106, 254, 325, 506, 511, 703, 706, 707, 710, 719, 721, 722, 725 à 728, 739, 746 à 748, 767, 774, 775, 777, 838 et 887
- Retrait du message 862

Pages : [11](#) à 20

PAIEMENT À TARIF HORAIRE - MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages 155 et 156

Page : [11](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 065 / 3 juin 2016.

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 

Si, au moment de la prise d'un congé prévu à la présente annexe, un optométriste détient la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, l'optométriste est rémunéré pour ce congé pris dans l'un ou l'autre des établissements à raison de la moitié du traitement hebdomadaire établi selon les dispositions qui précèdent.

1.13 Pendant la durée de sa grossesse, l'optométriste ne peut être tenue à une période d'activités professionnelles comportant plus d'heures que le nombre d'heures prévues à l'avis établi dans le cadre de l'article 8 de l'Entente en période régulière d'activités professionnelles.

1.14 Dans les cas visés aux paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 :

- a) aucune indemnité ne peut être versée durant la période de vacances au cours de laquelle l'optométriste est rémunérée;
- b) l'indemnité due est versée par la Régie à intervalle de deux (2) semaines, le premier versement n'étant toutefois exigible, dans le cas de l'optométriste admissible au Régime québécois d'assurance parentale ou au Régime d'assurance-emploi, que trente (30) jours après l'obtention par la Régie d'une preuve qu'elle reçoit des prestations d'un de ces régimes. Aux fins du présent paragraphe, sont considérés comme preuves un état ou un relevé des prestations ainsi que les renseignements fournis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou par RHDC au moyen d'un relevé officiel;

AVIS : *Fournir à la Régie la demande de paiement dûment remplie et signée au début du congé de maternité ainsi qu'une copie de l'état des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou le talon du premier versement d'assurance-emploi.*

- c) le service se calcule auprès de l'ensemble des établissements où l'optométriste est rémunéré à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente. De plus, l'exigence de vingt (20) semaines de service requises en vertu des paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 est réputée satisfaite, le cas échéant, lorsque l'optométriste a satisfait cette exigence auprès de l'un ou l'autre des établissements mentionnés au présent alinéa.

Reprise des activités professionnelles

1.15 L'établissement doit faire parvenir à l'optométriste, au cours de la quatrième (4^e) semaine précédant l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, un avis indiquant la date prévue de l'expiration de son congé de maternité ou d'adoption.

1.16 L'optométriste à qui l'établissement a fait parvenir l'avis ci-dessus doit reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou d'adoption, à moins de prolonger celui-ci de la manière prévue au paragraphe 1.21 ou d'être sujet à l'application du paragraphe 1.06.

1.17 L'optométriste qui ne reprend pas ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou son congé pour adoption est réputé en congé sans rémunération pour une période n'excédant pas quatre (4) semaines. Au terme de cette période, l'optométriste qui ne réintègre pas ses fonctions est réputé y avoir mis fin à compter de cette date.

1.18 Le congé sans rémunération prévu à l'article précédent est réputé être un congé non autorisé aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire selon la présente annexe.

L'établissement doit aviser la Régie sans délai de cette situation.

1.19 Au retour du congé de maternité ou du congé pour adoption, l'optométriste reprend ses activités professionnelles.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À L'OCCASION DE LA GROSSESSE

- # **AVIS** : *Pour un retrait préventif approuvé par la CNESST :*
 - *Utiliser le code de congé 22 pour les 3 premières semaines complètes qui suivent immédiatement la date de cessation de travail et faire parvenir à la Régie une copie de l'attestation approuvée par cet organisme. La Régie paiera à l'optométriste son salaire habituel pendant les 5 premiers jours ouvrables et 90 % de son salaire net pour les 14 jours de calendrier suivants. Par la suite, la CNESST versera directement les indemnités à l'optométriste.*

Congés spéciaux

1.20 L'optométriste a droit à un congé spécial dans les cas suivants :

- a) lorsqu'une complication de grossesse ou un danger d'interruption de grossesse exige un arrêt de ses activités professionnelles pour une période dont la durée est prescrite par un certificat médical; ce congé spécial ne peut toutefois se prolonger au-delà du début de la quatrième (4^e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement, moment où le congé de maternité entre en vigueur;

AVIS : *Utiliser :*

- *le code de congé 10 pour un congé de moins de 5 jours;*
- *le code de congé 71 pour un congé de 5 jours ou plus et joindre le certificat médical.*

- b) sur présentation d'un certificat médical qui en prescrit la durée, lorsque survient une interruption de grossesse naturelle ou provoquée légalement avant le début de la vingtième (20^e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement;

AVIS : *Utiliser :*

- *le code de congé 10 pour un congé de moins de 5 jours;*
- *le code de congé 71 pour un congé de 5 jours ou plus et joindre le certificat médical.*

- c) pour les visites reliées à la grossesse effectuées chez un médecin et attestées par un certificat médical.

AVIS : *- Utiliser le code de congé 21 et joindre le certificat médical.*

- *Préciser la date prévue de l'accouchement, lors de la première visite.*

Dans le cas des visites visées à l'alinéa c), l'optométriste bénéficie d'un congé spécial rémunéré jusqu'à concurrence d'un maximum de quatre (4) jours. Ces congés spéciaux sont payés à raison de un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 du présent article. Ils peuvent néanmoins être pris par demi-journée et sont dès lors payés à raison de un dixième (1/10) du traitement hebdomadaire mentionné précédemment. Ces congés ne peuvent en aucun cas être reportés d'une grossesse à l'autre.

Durant un des congés spéciaux visés au présent paragraphe, l'optométriste bénéficie des avantages prévus au paragraphe 1.11 en autant qu'elle y ait normalement droit. Au terme de ce congé, elle reprend ses activités professionnelles.

De plus, l'optométriste visée aux alinéas a), b) et c) du présent paragraphe peut également se prévaloir des bénéfices du régime d'assurance invalidité. Cependant, dans le cas de l'alinéa c), l'optométriste doit d'abord avoir épuisé les quatre (4) jours prévus ci-dessus.

- 7.06** a) Aux fins du présent article 7.00, le traitement annuel se calcule à partir du traitement hebdomadaire de l'optométriste au moment de son décès, lequel est obtenu en utilisant la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe, sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient après le décès de l'optométriste, à moins que cette majoration ne prenne effet rétroactivement avant la date du décès de l'optométriste. Ce traitement hebdomadaire est ensuite multiplié par cinquante-deux (52);
- b) Si l'optométriste décède durant la période d'invalidité de base, le traitement annuel se calcule de la même manière que celle décrite à l'alinéa a) ci-dessus; dans le cas où le décès survient en période d'invalidité de longue durée, ce traitement annuel toujours calculé de la même manière est indexé le 1^{er} janvier de chaque année depuis la fin de la cent quatrième (104^e) semaine d'invalidité jusqu'à la date du décès de l'optométriste, et ce, de la même façon que la rente de retraite du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence de quatre pour cent (4 %) par année;

8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ

8.01 L'optométriste a droit, selon les conditions qui suivent, aux dispositions relatives au traitement en cas d'invalidité.

8.02 Régime d'assurance invalidité de base

AVIS : *Durant une période d'invalidité, utiliser le code de congé 42 pour la facturation des jours fériés (voir l'article 3.05).*

- a) i) Sous réserve des présentes dispositions, un optométriste a droit pour toute période d'invalidité durant laquelle il s'absente de ses fonctions, à une prestation égale à cent pour cent (100 %) de son traitement hebdomadaire pendant les trois (3) premières semaines d'invalidité; par la suite, l'optométriste reçoit quatre-vingt pour cent (80 %) de son traitement hebdomadaire durant les cent une (101) semaines suivantes; le paiement de cette prestation cesse à la date de la retraite. Toutefois, aucune prestation n'est payable pour les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième (2^e) au cours d'une même année;

#

AVIS : *Utiliser le code de congé 10 pour une invalidité de moins de 5 jours et 71 pour 5 jours et plus. Inscrive 1.00 dans la colonne DURÉE DU CONGÉ pour chaque jour d'invalidité, peu importe le nombre d'heures inscrit à l'avis de service (35 h ou moins). La Régie calculera l'ajustement approprié.*

Exemple : *Pour une invalidité à long terme qui débute un mercredi, inscrire 3 jours d'invalidité (code 71). Pour la semaine suivante, inscrire 5 jours d'invalidité.*

- ii) À compter de la cinquième (5^e) semaine d'invalidité au sens du paragraphe 6.03, un optométriste qui reçoit des prestations d'assurance invalidité peut, à sa demande et sur recommandation de son médecin traitant après entente avec l'établissement, bénéficier d'une période de réadaptation tout en continuant d'être assujéti au régime d'assurance invalidité pourvu que cette réadaptation puisse lui permettre d'accomplir ses activités professionnelles habituelles.

Durant cette période, l'optométriste a droit d'une part, à son traitement pour la proportion du temps consacré à ses activités professionnelles et d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ses activités professionnelles. La proportion s'établit par rapport au nombre moyen d'heures consacrées à ses activités professionnelles par semaine en période régulière d'activités professionnelles que l'on a observé durant la période de vingt (20) semaines qui a servi à établir le traitement hebdomadaire de l'optométriste aux fins de déterminer sa prestation d'assurance invalidité.

La période de réadaptation ne peut excéder six (6) mois consécutifs. Elle n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité ni de prolonger la période de paiement des prestations, complètes ou réduites, d'assurance invalidité au-delà de cent quatre (104) semaines de prestations pour cette invalidité. L'optométriste peut mettre fin à sa période de réadaptation avant la fin de la période convenue, sur présentation d'un certificat médical de son médecin traitant.

À la fin de la période de réadaptation, l'optométriste peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est plus invalide. Si son invalidité persiste, l'optométriste continue de recevoir sa prestation tant qu'il y est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, l'optométriste peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est alors proposé. Il continue d'être assujéti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation il a droit d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ces activités professionnelles conformément au 2^e alinéa du présent sous alinéa.

#

AVIS : - *Utiliser le code de congé 72 pour chaque jour en période de retour progressif même si, pour un jour donné, il y a des heures travaillées.*

- *Inscrire 1.00 dans la colonne DURÉE DU CONGÉ pour chaque jour d'invalidité, peu importe le nombre d'heures inscrit à l'avis de service (35 h ou moins). Dès que l'optométriste est en retour progressif ou qu'il profite d'un plan de réadaptation, il doit toujours inscrire 5 jours par semaine. La Régie calculera l'ajustement approprié.*

- *Lorsque terminée, indiquer dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la date de fin de la période de retour progressif.*

- *Pour profiter du plan de réadaptation, il est essentiel que la Régie soit informée rapidement des détails. Cette information doit être adressée à :*

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

- iii) Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de réadaptation, l'optométriste n'a droit de recevoir de la Régie aucune autre rémunération, indemnité, prestation ou congé payé que la prestation prévue à l'alinéa i) ou que la prestation et la rémunération prévues à l'alinéa ii);

- b) Le montant de la prestation se fractionne, le cas échéant, à raison de un cinquième (1/5) du montant prévu pour une (1) semaine complète par jour d'invalidité au cours de la semaine normale d'activités professionnelles, laquelle ne peut, pour les fins des présentes, excéder en aucun cas cinq (5) jours. Aucune prestation n'est payable durant un retrait de services sauf pour une invalidité ayant commencé antérieurement;
- c) Le versement des prestations payables est effectué directement par la Régie, mais sujet à la présentation par l'optométriste des pièces justificatives raisonnablement exigibles;
- d) Quelle que soit la durée de l'absence, qu'elle soit indemnisée ou non et qu'un contrat d'assurance soit souscrit ou non aux fins de garantir le risque, l'établissement, son mandataire, la Régie ou l'assureur peut vérifier le motif de l'absence et contrôler tant la nature que la durée de l'invalidité;
- e) De façon à permettre cette vérification, l'optométriste doit aviser sans délai l'établissement et la Régie lorsqu'il ne peut exercer ses fonctions en raison de maladie et lui soumettre promptement les pièces justificatives requises visées à l'alinéa c); l'établissement, son mandataire ou la Régie peut exiger une déclaration du médecin traitant sauf dans les cas où, en raison des circonstances, aucun médecin n'a été consulté; il peut également faire examiner l'optométriste relativement à toute absence, le coût de l'examen n'étant pas à la charge de ce dernier;

AVIS : *Pour toute facturation d'une invalidité de 5 jours ou plus, vous devez compléter initialement le formulaire Demande de prestations - assurance invalidité (3912) et faire compléter par votre médecin traitant le formulaire Demande initiale - invalidité (3913). Ces formulaires sont mis à votre disposition par la Régie et ils doivent être transmis à l'adresse suivante :*

*Direction des affaires professionnelles (Q044)
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- f) La vérification peut être faite sur base d'échantillonnage de même qu'au besoin lorsque, compte tenu de l'accumulation des absences, l'établissement ou son mandataire ou la Régie le juge à propos. Advenant que l'optométriste ait fait une fausse déclaration ou que le motif de l'absence soit autre que la maladie, l'optométriste perd le bénéfice de l'assurance invalidité quant à cette réclamation;
- g) Si, en raison de ses maladies ou de ses blessures, l'optométriste n'a pu aviser l'établissement ou la Régie dans les délais ou lui soumettre promptement les preuves requises, il doit le faire dès que possible;
- h) S'il y a refus de paiement en raison de l'inexistence ou de la cessation présumée de l'invalidité, l'optométriste peut en appeler de la décision selon la procédure normale de différend.
- i) Le traitement hebdomadaire utilisé aux fins du calcul de la prestation déterminée à l'alinéa a) du présent paragraphe est établi selon la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe. Toutefois, lorsqu'une période d'invalidité est inférieure à cinq (5) jours, le traitement hebdomadaire utilisé aux fins du calcul de la prestation est établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe. Si, par ailleurs, la période d'invalidité comprend la date de majoration de l'échelle de rémunération, le traitement hebdomadaire évolue à cette date selon l'échelle alors applicable. Il en est de même lors d'un avancement d'échelon.

AVIS : *Utiliser le code de congé 10 pour un congé de moins de 5 jours; ou le code de congé 71 pour un congé de 5 jours et plus.*

- j) L'optométriste bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit, et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans.

8.03 Régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée:

- a) Lorsqu'un optométriste devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit, après l'expiration d'une période d'attente de deux (2) ans, à une rente mensuelle payable jusqu'à 65 ans tant que dure la période d'invalidité totale;
- b) Le montant initial de cette rente est égal à soixante-dix pour cent (70 %) du traitement mensuel de l'optométriste. Le traitement mensuel s'entend du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), multiplié par cinquante-deux (52) et divisé ensuite par douze (12);
- c) En plus de la rente précitée, l'assureur verse au régime de retraite auquel l'optométriste participe, la cotisation mensuelle qu'il devrait normalement y verser. Toutefois, aucun versement de cotisation n'est effectué après la date de la retraite soit à 65 ans si l'invalidité a débuté avant 63 ans étant entendu que le versement cesse à la date de survenance du premier événement;
- d) Les rentes d'invalidité de longue durée sont indexées annuellement. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder quatre pour cent (4 %).
- e) L'optométriste bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit, et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans.

L'optométriste bénéficie aussi, selon les modalités prévues à l'alinéa précédent, d'une exonération des cotisations au régime de retraite.

- 8.04 a) À compter de la date de la retraite d'un optométriste invalide, le montant de la prestation d'invalidité prévue au régime d'assurance invalidité de base ou, le cas échéant, le montant de la rente d'invalidité prévue au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée, devient égal au montant obtenu en multipliant le nombre d'années de service que l'optométriste a complétées par deux pour cent (2 %) du traitement annuel de l'optométriste.

Le nombre d'années de service compté est limité à trente-cinq (35) et comprend les années d'invalidité antérieures à la date de la retraite. La prestation ou la rente ainsi calculée ne peut toutefois être supérieure à celle que l'optométriste recevait immédiatement avant la date de la retraite;

- b) Si la date de la retraite survient durant la période d'invalidité de base, le traitement annuel est déterminé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), lequel est ensuite multiplié par cinquante-deux (52); dans le cas où la date de la retraite survient en période d'invalidité de longue durée, le traitement annuel est toujours déterminé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), lequel est multiplié par cinquante-deux (52), mais il est indexé le 1^{er} janvier de chaque année depuis la fin de la cent quatrième (104^e) semaine d'invalidité jusqu'à la date de la retraite et ce, de la même façon que la rente de retraite du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence de quatre pour cent (4 %) par année.

ANNEXE VII
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS RECONNUS ET AUTORISÉS

AVIS : L'Annexe VII – Liste des établissements reconnus et autorisés à titre de centres de basse vision est disponible sous Entente du Manuel des optométristes, sous l'onglet Manuels, dans la section réservée à votre profession, sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

**ANNEXE VIII
ENTENTE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION À HONORAIRES
FIXES ET AU TARIF HORAIRE**

Cette Annexe est abrogée à compter du 1^{er} février 2004.

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^{er} 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)

DEMANDE DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de l'assurance maladie
Québec

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTÉRIEUR: 1

PROFESSIONNEL: PRÉNOM 2 NOM N° DU PROFESSIONNEL C.S. 10 NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 12

ÉTABLISSEMENT: NOM 3 NUMÉRO

PÉRIODE: CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR 4 SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR

QUANTIÈME	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS		
	PLAGE HORAIRE (cocher)												REF.	CODE	DURÉE (JOURS)
	NUIT	AM	PM	SORT											
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

REMOISE 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 11

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE: DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR CODE DU CONGÉ 13 DURÉE (JOURS) MONTANT DE LA RÉS.

JURÉ OU TÉMOIN: MONTANT 14 \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE: JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR 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 Retraite Québec, par la CNEST, par la SAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. ANNÉE MOIS JOUR 15 \$ (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT: LA PERSONNE QUI SIGNÉ AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT 17

SPÉCIMEN

#

1216 292 16/07

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

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)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2		DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT				Régie de l'assurance maladie Québec																							
PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 3 8 9 9 9 4		C.S.		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES																					
ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec				NUMÉRO 1 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																					
SPÉCIMEN																													
ACTIVITÉS																													
QUAN- TIÈME	PLAGE HORRAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS																
	MAT	AM	PM	SOIR											REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	DURÉE (JOURS)				
					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 TRAVAILLÉES		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		TOTAL DES HEURES DE REMISE	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES																													
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE																													
80		DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		MONTANT DE LA RENTE		JURÉ OU TÉMOIN															
		ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR									MONTANT															
														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 Retraite Québec, par la CNESSQ, par la SRAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.																													
MONTANT																													
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT																													
LA PERSONNE QUI ENDosse AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																													
ANNÉE MOIS JOUR																													
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT																													
(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)																													
1216 232 19/07																													
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.																													

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)

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 (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR D'SP	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR D'SP	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS	
	MAT	AM	PM	SOR									REF.	CODE
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 #)

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)

MONTANT DE LA REMISE

JURÉ OU TÉMOIN
MONTANT
Spécifier la
rémunération reçue \$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS 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 Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie. ANNEE MOIS JOUR \$

ATTTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT
LA PERSONNE QUI S'BASE 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.

1216 292 16/07

#

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)

DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT										Régie de l'assurance maladie Québec																							
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE				PROFESSIONNEL PRENOM				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 PLAGE Horaire (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS																				
	NUIT	AM	PM	SOIR									REF.	CODE	DURÉE (JOURS)																		
1, 8	X				1	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 5, 0, 0	2				40																				
1, 8		X			3	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 6, 0, 0	4				41																				
1, 9	X				5	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 2, 0, 0	6	0, 0, 2, 0, 3, 2	0, 1, 0, 2, 0, 0		42																				
1, 9		X			7	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	8				43																				
2, 0	X				9	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 2, 0, 0	10	0, 0, 2, 0, 3, 2	0, 1, 0, 2, 5, 0		44																				
2, 0		X			11	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	12				45																				
2, 1	X				13	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 4, 0, 0	14				46																				
2, 1		X			15	0, 0, 2, 0, 3, 0		0, 5, 0, 0	16				47																				
2, 2					17				18				48	0, 2	1, 0, 0																		
					19				20				49																				
					21				22				50																				
					23				24				51																				
					25				26				52																				
					27				28				53																				
					29				30				54																				
HEURES SUPPLÉMENTAIRES										TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES				TOTAL DES JOURS DE CONGÉS																			
ACCUMULATION		60		NOMBRE D'HEURES :						0 3 6 5 0		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			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ			DURÉE (JOURS)			MONTANT																			
		ANNÉE MOIS JOUR			ANNÉE MOIS JOUR									Spécifier la rémunération reçue																			
													_____ \$																				
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE															ANNÉE		MOIS		JOUR														
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.																																	
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT															ANNÉE		MOIS		JOUR														
LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.																																	
SIGNATURE AUTORISÉE POUR L'ÉTABLISSEMENT															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.																					(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)		_____ \$										

1216 292 16/07

SPÉCIMEN

#

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

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERIEUR

DEMANDE DE PAIEMENT
HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de
l'assurance maladie
Québec

PROFESSIONNEL
PRÉNOM _____ NOM _____

N^o 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
1	6	1	0
1	6	1	0

ANNÉE	MOIS	JOUR
1	6	1
0	2	2

ACTIVITÉS				CONGÉS						
QUANTITÉ	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)
	NUIT	AM	PM							
				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

SPÉCIMEN

HEURES SUPPLÉMENTAIRES		TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES		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

DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR		

AVERTISSEMENT

L'USAGE DE LA SÉRIE

JURÉ OU TÉMOIN

Spécifier la rémunération reçue

MONTANT

0,2,50,0,\$

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

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

Pierre Untel

ANNÉE MOIS JOUR

1 6 1 0 2 3

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 Retraite Québec, par la CNESST, par la SAAQ, ou de tout autre régime auquel il contribue (établissement ou la Régie).

\$ _____

(ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

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

Jacques Responsable

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

ANNÉE MOIS JOUR

1 6 1 0 2 6

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 16/07

#

MAJ 36 / juillet 2017 / 99

13

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										CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN													
	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										CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN													
	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 Retraite Québec, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), 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.

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^{er} mai au 30 avril de l'année suivante.

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

Jours fériés	2016 / 2017	2017 / 2018	2018 / 2019
Journée nationale des Patriotes	23 mai 2016	22 mai 2017	21 mai 2018
Fête nationale du Québec	24 juin 2016	23 juin 2017	25 juin 2018
Fête du Canada	1 ^{er} juillet 2016	30 juin 2017	2 juillet 2018
Fête du travail	5 septembre 2016	4 septembre 2017	3 septembre 2018
Action de Grâce	10 octobre 2016	9 octobre 2017	8 octobre 2018
Veille de Noël	23 décembre 2016	22 décembre 2017	24 décembre 2018
Fête de Noël	26 décembre 2016	25 décembre 2017	25 décembre 2018
Lendemain de Noël	27 décembre 2016	26 décembre 2017	26 décembre 2018
Veille du Jour de l'An	30 décembre 2016	29 décembre 2017	31 décembre 2018
Jour de l'An	2 janvier 2017	1 ^{er} janvier 2018	1 ^{er} janvier 2019
Lendemain du Jour de l'An	3 janvier 2017	2 janvier 2018	2 janvier 2019
Vendredi Saint	14 avril 2017	30 mars 2018	19 avril 2019
Lundi de Pâques	17 avril 2017	2 avril 2018	22 avril 2019

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^{er} 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. 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.

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 un paiement 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.
- # **018** Le nombre d'heures travaillées facturé a été ajusté pour cette date, car il est égal ou supérieur au nombre d'heures par jour prévu au contrat ou à l'avis de service en tenant compte du congé demandé.
- 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** La période de facturation a été 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, de paternité ou d'adoption 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 demandé 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.
- # 042** L'indicateur de plage horaire multiple n'est pas permis.
- 049** Le chevauchement de plages horaires n'est pas permis. Veuillez refacturer en utilisant une seule plage horaire par ligne.
- # 051** Les heures demandées sont illisibles, absentes ou non conformes.
- # 052** La somme des heures ou des congés demandés pour cette journée est 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 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** Le montant déclaré à titre de juré ou de témoin est 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** Le code de congé a été modifié pour le code 72 parce que vous êtes en période de retour progressif.
- 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** Le code de congé a été modifié pour le code 71 parce que votre période d'invalidité est égale ou supérieure à cinq jours.
- # 088** La période de retour progressif est limitée à six (6) 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 invalide. 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** Les données relatives au congé facturé, soit le code de congé ou la durée du congé, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- # 106** La durée du congé demandé 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.
- # 155** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- # 156** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 200** Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances reportées sont épuisés.
- 201** Codes de congés de vacances modifiés parce que les crédits de vacances accumulées 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 congé de perfectionnement ou de 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, le secteur de dispensation ou les heures travaillées, sont absentes, incomplètes, non valides ou illisibles.
- # **328** Vous n'êtes pas autorisé à facturer ce code d'activité.
- 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** La durée du congé pour une période continue et prolongée a été modifiée en tenant compte des 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 demandé 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 premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième au cours de la même année ne sont pas rémunérés (paragraphe 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 ou de ressourcement ne sont pas acceptées. 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 ou de ressourcement. 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 retour progressif (voir le paragraphe 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 ou d'assurance parentale.
- 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 ou de la troisième semaine 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 CNESST.
- 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 CNESST.
- # 726 La prolongation de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusée parce que vous ne répondez pas aux conditions stipulées à votre entente.
- # 727 Facturation à l'extérieur de la période de prolongation prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- # 728 La période de prolongation du congé de maternité, de paternité ou d'adoption 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 Le congé partiel sans rémunération de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé parce que le nombre d'heures de votre contrat doit être supérieur à 17,5 heures.
- # 746 Facturation à l'extérieur de la période du congé sans rémunération prévue à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption.
- # 747 Le congé sans rémunération de votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est considéré comme étant terminé.
- # 748 Le congé sans rémunération relatif à votre congé de maternité, de paternité ou d'adoption est refusé 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 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** Les heures en remise de temps ont été diminuées parce que l'accumulation d'heures supplémentaires est insuffisante.
- # **775** Les heures supplémentaires accumulées et non utilisées dans le délai prévu vous sont payées conformément à votre entente.
- 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 et permises pour accumulation.
- 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.
- # 829** Le maximum de semaines payables en assurance invalidité (104 semaines) est atteint.
- 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 retour progressif 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.
- # 841** Nous avons modifié votre code de congé 72 (retour progressif) pour le code 71 (invalidité totale) étant donné que vous n'avez pas inscrit vos heures travaillées. Veuillez refacturer en ajoutant ces heures à votre congé d'invalidité.
- 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.

S

- 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.
- # **879** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 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** À la suite de la fermeture de votre dossier et conformément à l'Entente, certains crédits accumulés vous sont payés tels que les jours fériés, les vacances et les 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.

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^o 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.
- # **155** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du professionnel.
- # **156** Le ou les documents faisant l'objet d'une vérification de signatures n'ont pas été reçus ou comportent une signature non conforme du responsable de l'établissement.
- 160** La signature du professionnel de la santé est absente, veuillez refacter.
- 161** La signature du représentant de l'établissement est absente, veuillez refacter.
- 162** Les signatures du professionnel de la santé et du représentant de l'établissement sont absentes, veuillez refacter.
- 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, incomplet 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.