

## 4. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE

- # Pour être rémunéré par la Régie, l'oculariste doit soumettre sa demande de paiement dans les trois mois suivant la date à laquelle la personne assurée a reçu des services dans le cadre du Programme des prothèses oculaires.

### 4.1 MODE DE PAIEMENT

- # Le paiement est effectué sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du dispensateur pour le compte de la personne assurée.

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

Lorsqu'il s'agit d'un oculariste qui n'a pas signé d'accord avec la Régie, le paiement se fait directement à la personne assurée.

#### 4.1.1 Comment adhérer au dépôt direct

Il faut d'abord prendre connaissance des « Règles régissant le paiement préautorisé au crédit (dépôt direct) » au verso du formulaire *Autorisation de paiement au crédit (dépôt direct) n° 3812*. Ce formulaire est disponible dans le site Internet de la Régie.

Remplir ensuite le formulaire et le faire parvenir à l'adresse suivante :

- # Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
C.P. 500  
Québec (Québec) G1K 7B4

ou le déposer à l'un des bureaux de la Régie :

- Québec : 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec)
- Montréal : 425, boul. de Maisonneuve Ouest, 3<sup>e</sup> étage, bureau 300, Montréal (Québec)

#### IMPORTANT

- # Afin de connaître les modalités particulières d'adhésion au dépôt direct, veuillez communiquer avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels :
- Québec : 418 643-8210
  - Montréal : 514 873-3480
  - Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

### # 4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

Dans les quarante-cinq jours de la réception, la Régie effectue le paiement des demandes transmises de façon conforme.

Si une demande ne figure pas sur l'état de compte dans les quarante-cinq jours après sa transmission à la Régie, elle doit être soumise de nouveau en autant qu'elle respecte le délai de facturation (90 jours de la date des services).

# 4.3 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte accompagne chaque paiement même si le solde est négatif et qu'aucun chèque n'est émis. L'état de compte est expédié à l'oculariste ou à la personne assurée, selon le cas.

NCE		DATE DES SERVICES		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	CODE DE SERVICE	NCE RÉF	MESSAGE	MONTANT	
AAAA	MM	JJ							
SPÉCIMEN									
SOMMAIRE									
PAIEMENTS							RETENUES	MESSAGES	

  

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>					<b>ÉTAT DE COMPTE</b>					
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3										
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										
NOM DU DISPENSAIRE <b>CENTRE UNTEL</b>					NO DU DISPENSAIRE <b>000000</b>		DATE DU PAIEMENT <b>20AA-11-25</b>		NO CHÈQUE / VIREMENT <b>00000000 (c)</b>	PAGE <b>1</b> DE <b>2</b>

  

① CENTRE UNTEL  
 569 RUE FICTIVE  
 QUÉBEC QC  
 G1N 5C9

② 000000      ③ 20AA-11-25      ④ 00000000 (c)      ⑤ 1 DE 2

⑥      ⑦      ⑧

HP2A01 4704 306 062006

**4.3.1 Description (parties 1 à 8)**

L'état de compte comporte, en plus du sommaire et des renseignements généraux, la liste des demandes de paiement (incluant les refacturations et les prises en charge) et de révision qui ont fait l'objet d'une transaction avec la Régie.

**4.3.1.1 Renseignements généraux**

Les renseignements suivants figurent sur l'état de compte :

1. NOM : Les nom et prénom du dispensateur de services.
2. NUMÉRO DU DISPENSATEUR : Le numéro du dispensateur de services.
3. DATE DU PAIEMENT : Cette date est la même que celle du chèque. Le dépôt direct est effectué dans les deux jours ouvrables suivant cette date.
4. NO CHÈQUE / VIREMENT : Le numéro du chèque ou du dépôt direct correspondant à cet état de compte, suivi de la lettre « C » pour identifier le mode de paiement par chèque ou la lettre « V » pour identifier le dépôt direct.
5. PAGE : La pagination réfère au 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.
6. NOM ET ADRESSE : Le nom et l'adresse postale fournis par le dispensateur pour l'envoi de ses états de compte.
7. MESSAGE PAILLON : Un message d'information générale, en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
8. SOMMAIRE : Le sommaire constitue un résumé des transactions et paraît toujours à la première page de l'état de compte. Il comporte les renseignements suivants :
  - montant du solde précédent, s'il y a lieu;
  - montant des demandes de paiement payées telles que demandées et payées en partie;
  - montant des demandes de paiement révisées;
  - montant relié aux transactions comptables (saisie, faillite, recouvrement d'honoraire, etc.);
  - solde à reporter ou montant du chèque;
  - numéro du message explicatif auquel vous devez vous référer aux dernières pages de l'état de compte;
  - les frais administratifs lorsqu'ils s'appliquent.

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

Régie de l'assurance maladie <b>Québec</b>		<b>ÉTAT DE COMPTE</b>		Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3			
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE							
NOM DU DISPENSATAIRE <b>CENTRE UNTEL</b>			NO DU DISPENSATAIRE <b>000000</b>	DATE DU PAIEMENT <b>20AA-11-25</b>	NO CHÉQUE / VIREMENT <b>00000000 (c)</b>		
PAGE <b>2</b> DE <b>2</b>							
CENTRE UNTEL 569 RUE FICTIVE QUÉBEC QC G1N 5C9							
9	10	11	12	13	14	15	
NCE	DATE DES SERVICES AAAA MM JJ		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	CODE DE SERVICE	NCE RÉF	MESSAGE	MONTANT
SPÉCIMEN							
REMARQUE : RÉSOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE. FIN DU RELEVÉ							
HP32 - 4704 082007							

**4.3.2 Demandes de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge)**

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

9. NCE : Le numéro de la demande soit la demande de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge) ou la demande de révision, par ordre numérique.
10. DATE DES SERVICES : AAAA MM JJ = La date des services inscrite sur la demande de paiement ou la date de signature du dispensateur sur la demande de révision.
11. NAM DE LA PERSONNE ASSURÉE : L'identité de la personne assurée par tous les caractères du numéro d'assurance maladie.
12. CODE DE SERVICE : Le code du service selon la liste des services assurés à la date des services.  
**Remarque :** Le code de service paraîtra seulement pour identifier une ligne de la demande de paiement ou de la demande de révision faisant l'objet d'un refus de paiement.
13. NCE REF : Ce numéro correspond à un numéro de demande de paiement antérieure.
14. MESSAGE : Le numéro et la description du message explicatif auquel vous devez vous référer à la dernière page de l'état de compte.
15. MONTANT : Le montant du paiement seulement, montant positif ou négatif, selon le cas.

**4.3.3 Vérification des paiements**

L'état de compte doit être vérifié dès sa réception en raison des délais de facturation auxquels le dispensateur est soumis. Celui-ci doit conserver une copie des demandes de paiement ou de révision transmises à la Régie ou il peut consulter ses demandes par le biais du service en ligne pour s'assurer qu'elles ont été traitées.

**4.4 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT ET DES DEMANDES DE RÉVISION**

Chaque demande de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge) ou demande de révision est évaluée par la Régie.

Le règlement qui intervient au terme de cette évaluation peut être différent selon que les services facturés l'ont été ou non en conformité avec la *Loi sur l'assurance maladie*, ses règlements et les accords en vigueur.

**4.4.1 Demandes de paiement autorisées au montant demandé**

Le montant payé par la Régie correspond à celui demandé par le dispensateur.

#### 4.4.2 Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité

Lorsque le paiement est refusé en partie, le numéro de la demande de paiement (NCE) figure à l'état de compte suivi du ou des messages explicatifs et du montant payé par la Régie.

Lorsque le paiement est refusé, aucun montant n'est inscrit dans la colonne *montant*.

Le dispensateur qui se voit refuser en partie ou en totalité le paiement des services qu'il a facturés peut procéder à une refacturation, s'il a commis une erreur, ou faire une demande de révision, s'il conteste la décision de la Régie.

#### REFACTURATION

Si vous constatez qu'une demande présentée à la Régie comporte une ou plusieurs erreurs, vous pourrez, en sélectionnant le type de demande **REFACTURATION**, annuler cette demande et soumettre à nouveau une autre demande avec les informations corrigées.

Pour connaître la façon de présenter une refacturation, veuillez vous référer à la **section 3.3.1.2** de l'onglet 3. **FACTURATION** de votre Manuel.

#### RÉVISION

Si vous contestez le refus de la Régie et que vous souhaitez que votre demande soit reconsidérée **sans corriger ni modifier les renseignements inscrits sur la demande de paiement**, vous devez faire une demande de révision soit par l'intermédiaire du service en ligne des aides techniques (SELAT) soit avec le formulaire n° 3144 en indiquant le numéro de la demande en référence à réviser (NCE de l'état de compte).

Le dispensateur doit fournir les justifications à l'appui de sa demande.

Le dispensateur doit transmettre à la Régie tous les renseignements, documents, corrections et explications nécessaires à l'évaluation de la révision.

Le formulaire papier **Demande de révision n° 3144** de même que les documents que vous voulez joindre à votre demande de révision doivent être transmis à la Régie à l'adresse indiquée sur le formulaire ou par télécopieur au numéro suivant :

Numéro de télécopieur : 418 266-6485

Il est très important d'inscrire le numéro de la demande en référence (NCE de l'état de compte) dans le coin supérieur droit de tous les documents que vous transmettez à la Régie.

Le délai pour demander la révision de son paiement est de six mois à partir de la date de l'état de compte sur lequel la demande de paiement a été refusée en partie ou totalement.

4.4.3 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE RÉVISION (formulaire n° 3144)



DEMANDE DE RÉVISION  
PROGRAMMES D'AIDES TECHNIQUES

- APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE   
  PROTHÈSES OCULAIRES   
  AIDES VISUELLES   
  AIDES AUDITIVES

**IDENTITÉ DU DISPENSATEUR**

NOM ET PRÉNOM ②	NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (NO RÉGIONAL)
ADRESSE NUMÉRO RUE	APP.	
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL

**IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE**

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ③	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M F
---------------------------------	-----	--------	--------------------------------------	-------------

**IDENTIFICATION DE LA DEMANDE À RÉVISER**

NUMÉRO DE LA DEMANDE ④	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE ANNÉE MOIS JOUR ⑤	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR ⑥	CODE DU OU DES MESSAGES EXPLICATIFS ⑦
---------------------------	--	---	--

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE**

⑧

SPÉCIMEN

NOM ET PRÉNOM EN MAJUSCULES  
⑨

SIGNATURE  
⑩

DATE  
ANNÉE MOIS JOUR  
⑪

RETOURNER À : Direction de la révision (Q034)  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Casse postale 6500  
Québec (Québec) G1K 7T3

À L'USAGE DE LA RÉGIE

--	--

SIGNATURE DE L'AGENT	DATE ANNÉE MOIS JOUR
----------------------	-------------------------

3144 264 10/12

Feuille blanche : Régie de l'assurance maladie. Feuille jaune : Professionnel

1. Programme concerné
2. Identité du dispensateur
3. Identité de la personne assurée
4. Numéro de la demande à réviser
5. Date de l'état de compte où figurait la demande à réviser
6. Date de service telle qu'elle figure sur l'état de compte
7. Code du(des) message(s) explicatif(s) figurant sur l'état de compte en regard de la demande concernée
8. Motif de la demande de révision
9. Nom et prénom du demandeur en majuscules
10. Signature
11. Date de la demande de révision

**4.5 DEMANDES DE PAIEMENT NON-CONFORMES**

Le formulaire *Programme des prothèses oculaires n° 4164* qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes, illisibles ou erronées ne sera pas traité et seule une lettre vous sera envoyée pour vous informer.

Pour obtenir paiement, le dispensateur doit soumettre une nouvelle demande de paiement comportant tous les renseignements requis, dans un délai de trois mois suivant la date des services.

**4.6 MESSAGES EXPLICATIFS (CODES)**

La Régie utilise un système de codes pour indiquer aux dispensateurs comment ont été traitées leurs demandes de paiement ainsi que leurs demandes de révision et pour les informer des motifs justifiant sa décision.

Ces codes figurent à l'état de compte en regard de chaque demande de paiement et de révision à laquelle ils s'appliquent.

Le texte des messages explicatifs correspondant à des codes paraît à la fin de l'état de compte.