



# MANUEL DU PROGRAMME DES PROTHÈSES OCULAIRES

MISE À JOUR 09  
décembre 2011

*Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.*

---

## SOMMAIRE

**NOTE :** Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

### TABLE DES MATIÈRES

- Modifications d'ordre administratif

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

#### 1. PERSONNES ASSURÉES

- Nouvelles cartes d'assurance maladie
- Modifications d'ordre administratif

**Pages :** [1](#) à 6

#### 2. DISPENSATEURS, ACCORD ET DÉCRETS

- Modification dans la liste des ocularistes autorisés

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

### 3. FACTURATION

- Nouvel onglet 3. *Facturation* remplace l'ancien onglet 3. *Rédaction de la demande de paiement*.
- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

**Pages :** 1 à 13

### 4. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE

- Nouvelle section révisée à la suite de l'implantation du Service en ligne des aides techniques (SELAT).

**Pages :** 1 à 8

### 5. TARIF

- Modification des tarifs
- Modifications d'ordre administratif

**Page :** 1

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : 146 / 2011-08-29.

### LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
  - # Corrections d'ordre administratif
  - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationale du Québec, 2011  
ISBN : 978-2-550-61530-9

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec 

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. PERSONNES ASSURÉES .....	<b>1</b>
1.1 DÉFINITION .....	<b>1</b>
1.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE .....	<b>1</b>
1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie .....	<b>1</b>
1.2.2 Modèles de carte .....	<b>2</b>
1.2.3 Vérification de la carte (validité) .....	<b>4</b>
1.3 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS .....	<b>6</b>
1.3.1 Avant-propos .....	<b>6</b>
1.3.2 Le carnet de réclamation .....	<b>6</b>
1.4 DOSSIER DE LA PERSONNE ASSURÉE .....	<b>7</b>
2. DISPENSATEURS, ACCORDS ET DÉCRETS .....	<b>1</b>
2.1 LISTE DES OCULARISTES AUTORISÉS .....	<b>1</b>
2.2 ACCORDS ( <i>MSSS ET MSR</i> ) .....	<b>2</b>
2.2.1 Accord ( <i>MSSS</i> ) régi par le décret 1272-98 .....	<b>2</b>
2.2.2 Accord ( <i>MSR</i> ) régi par le décret 1273-98 .....	<b>7</b>
2.3 ACCORDS CONCLUS ENTRE LA RÉGIE ET LES OCULARISTES AUTORISÉS .....	<b>10</b>
2.3.1 Décret 1272-98 .....	<b>10</b>
2.3.2 Décret 1273-98 .....	<b>12</b>
2.4 DÉCRETS RÉGISSANT LE PROGRAMME DES PROTHÈSES OCULAIRES .....	<b>14</b>
2.4.1 Décret numéro 1272-98 du 30 septembre 1998 .....	<b>14</b>
2.4.2 Décret numéro 1273-98 du 30 septembre 1998 .....	<b>15</b>
3. FACTURATION .....	<b>1</b>
3.0 AVANT-PROPOS .....	<b>1</b>
#3.1 MODES DE FACTURATION .....	<b>1</b>
# 3.1.1 Utilisation du service en ligne des aides techniques (SELAT) .....	<b>1</b>
# 3.1.2 Facturation papier .....	<b>1</b>
# 3.1.3 Documents à conserver .....	<b>2</b>
# 3.1.4 Envoi des pièces justificatives .....	<b>2</b>
#3.2 DÉLAI DE FACTURATION .....	<b>3</b>
#3.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT .....	<b>4</b>
# 3.3.1 Le type de demande .....	<b>6</b>
# 3.3.1.1 Le paiement .....	<b>6</b>
# 3.3.1.2 La refacturation .....	<b>6</b>
# 3.3.1.3 La prise en charge .....	<b>7</b>
# 3.3.2 Dispensateur .....	<b>7</b>
# 3.3.3 Payer à la personne assurée .....	<b>7</b>
# 3.3.4 Date de service .....	<b>7</b>
# 3.3.5 Personne assurée .....	<b>7</b>

# 3.3.5.1	Personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie valide (non expirée)	<b>7</b>
# 3.3.5.2	Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie	<b>7</b>
# 3.3.5.3	Personnes hébergées	<b>8</b>
# 3.3.6	Nature de service	<b>8</b>
# 3.3.6.1	Nature 11 - Achat d'une aide neuve	<b>8</b>
# 3.3.6.2	Nature 21 - Remplacement par une aide neuve	<b>8</b>
# 3.3.6.3	Nature 33 - Entretien et réparation	<b>9</b>
# 3.3.7	Raison de remplacement	<b>10</b>
# 3.3.8	Code de l'aide en référence	<b>10</b>
# 3.3.9	Côté	<b>10</b>
# 3.3.10	Date de prise de possession	<b>10</b>
# 3.3.11	Code de l'aide	<b>10</b>
# 3.3.12	Montant demandé	<b>10</b>
# 3.3.13	Renseignements complémentaires	<b>10</b>
# 3.3.14	Signature du dispensateur	<b>11</b>

**4. PAIEMENT - ÉTAT DE COMPTE**

4.1	MODE DE PAIEMENT	<b>1</b>
# 4.1.1	Comment adhérer au dépôt direct	<b>1</b>
4.2	DÉLAI DE PAIEMENT	<b>1</b>
4.3	ÉTAT DE COMPTE	<b>2</b>
# 4.3.1	Description (parties 1 à 8)	<b>3</b>
# 4.3.1.1	Renseignements généraux	<b>3</b>
# 4.3.2	Demande de paiement (incluant la refacturation et la prise en charge)	<b>5</b>
# 4.3.3	Vérification des paiements	<b>5</b>
4.4	RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT	<b>5</b>
# 4.4.1	Demandes de paiement autorisées au montant demandé	<b>5</b>
# 4.4.2	Demandes de paiement refusées en partie ou en totalité	<b>6</b>
# 4.4.3	Description de la demande de révision (formulaire n° 3144)	<b>7</b>
#4.5	DEMANDES DE PAIEMENT NON-CONFORMES	<b>8</b>
#4.6	MESSAGES EXPLICATIFS (CODES)	<b>8</b>
#5.	TARIF	<b>1</b>

## 1. PERSONNES ASSURÉES

### 1.1 DÉFINITION

Tout résident du Québec qui détient une carte d'assurance maladie **valide** et dont la cavité orbitaire ou le globe oculaire est en état de recevoir une prothèse oculaire.

La personne doit avoir subi une énucléation ou une éviscération, avoir l'oeil sans vision utile et atrophié, être atteinte d'une anophtalmie ou microophtalmie congénitale ou doit être munie de globes pour prothèses maxillo-faciales après exentération.

Les personnes assurées par le programme ont droit, pour chaque oeil, au remboursement des frais d'achat ou de remplacement d'une prothèse oculaire une fois par période de cinq ans\*. Le montant maximal fixé est de 585 \$ pour une prothèse sur mesure fabriquée par un oculariste autorisé et de 225 \$ pour une prothèse usinée. De plus, une somme de 25 \$ est allouée annuellement pour la réparation et l'entretien de la prothèse. Le programme couvre aussi l'achat et l'installation de conformateurs. Le montant maximal fixé est de 187 \$ pour chaque conformateur avec cuisson et de 112 \$ pour chaque conformateur sans cuisson (*voir l'onglet 5. Tarif, pour les codes à utiliser*).

**IMPORTANT** : S'il s'agit de la pose d'une première prothèse, la personne assurée doit remettre à l'oculiste une **ordonnance médicale** établie par un ophtalmologiste attestant que la cavité orbitaire ou le globe oculaire est en état de recevoir une prothèse oculaire. La Régie remboursera l'oculiste jusqu'à concurrence du montant auquel cette personne a droit. **Si le coût** de la prothèse choisie **dépasse** ce montant, **la différence** est à la charge de la personne. Cette différence peut être couverte par une assurance privée (collective ou personnelle). La personne doit se renseigner auprès de son assureur.

S'il s'agit d'un **prestataire d'une aide financière de dernier recours** (*voir 1.3 du présent onglet*).

### 1.2 CARTE D'ASSURANCE MALADIE

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

#### 1.2.1 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

1. Numéro d'assurance maladie (alphanumérique à 12 caractères).
2. Prénom usuel et le nom de famille à la naissance.
3. Nom de l'époux (cette donnée est facultative) ou numéro de séquence de la carte.
4. Date d'expiration de la carte.
5. Date de naissance et sexe de la personne assurée.
6. Photographie ou signature.
7. Hologramme.

---

\* Si le remplacement de la prothèse est ordonné par un ophtalmologiste en raison d'un changement de la cavité orbitaire, la personne assurée peut être remboursée même si les cinq ans ne sont pas écoulés.

## # 1.2.2 Modèles de carte

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

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

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

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

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

Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

## c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

## d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

## # 1.2.3 Vérification de la carte (Validité)

**LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :**

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

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

- a) Au moment où la personne assurée présente sa carte, vérifier à l'aide de la photographie et, en cas de doute, de la signature, si cette carte est bien la sienne. **Dans le cas contraire**, la personne doit payer les honoraires au professionnel.

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

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

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

Aviser la personne assurée d'obtenir une carte valide auprès de la Régie, avant de lui rendre les services demandés.

**LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :****1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivant :***a) L'enfant est âgé de moins d'un an;*

- inscrire sur la demande de paiement le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère de l'enfant.
- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance et le sexe).
  - Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case PRÉNOM « nouveau-né »;
  - De plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (L'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.).

*b) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation pour y recevoir des soins de longue durée :*

- inscrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée (prénom et nom, date de naissance, sexe et **adresse**) dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**2- Dans tous les autres cas :**

La personne doit payer elle-même les honoraires à l'oculariste et demander un remboursement à la Régie.



### 1.3 PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

#### 1.3.1 Avant-propos

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours peuvent recevoir un montant supplémentaire pour couvrir la différence entre le coût réel et le montant maximal fixé pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse oculaire et pour l'achat et l'installation d'un conformateur. De plus, un montant supplémentaire est alloué par période de 12 mois pour couvrir la différence entre le montant forfaitaire de 25 \$ et le coût réel d'entretien et de réparation.

#### 1.3.2 Le carnet de réclamation

Le carnet de réclamation comprend deux volets :

- Le volet de gauche identifie le prestataire (nom, prénom, adresse). Son numéro d'admissibilité (alphanumérique à 12 caractères) et la période de validité.
- Le volet de droite identifie par leur numéro d'assurance maladie, le prestataire et ses ayants droit (conjoint et enfants) admissibles aux services.

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

Il est important, avant de fournir un bien ou un service, de :

- 1- vérifier la période de validité du carnet de réclamation afin de déterminer si la personne est admissible à une aide financière de dernier recours à la date du service;
- 2- vérifier si le numéro d'assurance maladie de la personne à qui est destiné le bien ou le service figure sur le volet de droite du carnet de réclamation.

#### 1.4 DOSSIER DE LA PERSONNE ASSURÉE

Aux fins de l'administration du programme des prothèses oculaires, les dispensateurs doivent constituer pour chaque personne assurée un dossier devant comprendre les documents suivants :

- a) une copie de **l'ordonnance médicale** émise par l'ophtalmologiste et **soumise lors de la première facturation d'une prothèse oculaire à la Régie**;
- b) une copie de la **demande de paiement**;
- # c) l'original du formulaire **Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée n° 4167** dûment signé.
- d) l'original du formulaire **Confirmation et autorisation de la personne assurée n° 4146** ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment signé.
- e) une copie de tout document **fourni ou demandé par la Régie** et nécessaire à l'évaluation de la demande de paiement.

**2. DISPENSATEURS, ACCORDS ET DÉCRETS****# 2.1 LISTE DES OCULARISTES AUTORISÉS**

Les ocularistes suivants ont signé un accord avec la Régie aux termes duquel ils sont rémunérés directement par cet organisme pour le coût des services qu'ils fournissent aux personnes assurées du régime d'assurance maladie conformément au Programme des prothèses oculaires visé aux Décrets 1272-98 et 1273-98.

<b>Nom et adresse</b>	<b>Numéro d'inscription à la Régie</b>
Les ocularistes Tom Dean inc. 1538, rue Sherbrooke Ouest, bureau 852 Montréal (Québec) H3G 1L5 Tél. : 514 931-9456	9200023
Yves Jacques Polyclinique de la Capitale 4205, 4e Avenue Ouest, bureau 100 Québec (Québec) G1H 7A6 Tél. : 418 647-2800	9200072
Jean-François Durette, oculariste Prothèse oculaire de Québec inc. 2591, boul. Laurier Québec (Québec) G1V 2L3 Tél. : 418 654-0130 Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 854-0130	9200031
Louise Boucher, oculariste Prothèse oculaire de Montréal inc. 1170, boul. Henri-Bourassa Est Montréal (Québec) H2C 1G4 Tél. : 514 381-1849 Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 363-7004	9200080
François Gordon, oculariste inc. 505, rue Ste-Hélène, bureau 102 Longueuil (Québec) J4K 3R5 Tél. : 450 674-5557	9200064
ET	
35, rue Saint-Louis Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 2A2 Tél. : 450 674-5557 Courriel : francoisgordon@bellnet.ca	

**2.2 ACCORDS (MSSS ET MSR)****AVANT-PROPOS**

Le programme des prothèses oculaires est régi par les Décrets 1272-98 du 30 septembre 1998 et 1273-98 du 30 septembre 1998 dont le texte est reproduit à la section 2.4

**2.2.1 Accord régi par le décret 1272-98****ACCORD****ENTRE****LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

(Ci-après appelé le Ministre)

**ET****LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**

(ci-après appelée la Régie)

ATTENDU QU'aux termes de l'article 23 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), le gouvernement peut, sous réserve de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29), autoriser le ministre de la Santé et des Services sociaux ou la Régie à conclure des accords avec tout gouvernement ou organisme, ainsi qu'avec toute personne, association, société ou corporation pour les fins de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de la Loi sur l'assurance maladie;

ATTENDU QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie;

ATTENDU QU'aux termes du quatorzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie, la Régie assume aussi le coût des services et des biens prévus aux programmes qu'elle administre en vertu du premier alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les conditions et modalités prévues à ces programmes;

ATTENDU QU'aux termes du premier alinéa de l'article 2.1 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Régie récupère, du ministère ou de l'organisme intéressé, le coût des services et des biens qu'elle assume en vertu d'un programme que la loi ou le gouvernement lui confie, dans la mesure où ce programme le prévoit;

ATTENDU QU'en vertu du Décret n° 1385-91 du 9 octobre 1991, la Régie s'est vu confier l'administration du programme des prothèses oculaires, conformément aux conditions prévues à l'accord annexé audit décret et conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie;

ATTENDU QUE le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Régie désirent conclure un nouvel accord, sujet à l'approbation du gouvernement, concernant le réaménagement et la modification du programme des prothèses oculaires visé par le décret n° 1385-91 du 9 octobre 1991;

## # 3. FACTURATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DES PROTHÈSES OCULAIRES

### 3.0 AVANT-PROPOS

Cette section a pour but d'expliquer de quelles façons les dispensateurs du Programme des prothèses oculaires peuvent obtenir, auprès de la Régie de l'assurance maladie, le paiement des services fournis aux personnes assurées admissibles.

Les renseignements nécessaires à l'appréciation d'une demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*, des règlements, des accords, des décrets ainsi que des ententes conclues dans le cadre du Programme des prothèses oculaires.

### 3.1 MODES DE FACTURATION

#### 3.1.1 UTILISATION DU SERVICE EN LIGNE DES AIDES TECHNIQUES (SELAT)

Depuis le 11 octobre 2011, les dispensateurs du Programme des prothèses oculaires peuvent utiliser le service en ligne en toute sécurité pour rédiger et soumettre, par Internet, leurs demandes dans le cadre de ce programme.

Pour ce faire, il faut obtenir de la Régie un code d'accès sécurisé et un mot de passe. Consultez le site Internet de la Régie à [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) pour en connaître les modalités et communiquez avec le Support aux services en ligne – Internet de la Régie pour demander votre code d'accès ainsi que votre mot de passe et obtenir toute l'information requise.

#### TÉLÉPHONE

Québec : 418 643-8210 (Après identification, choisir l'option 1.)

Montréal : 514 873-3480 (Après identification, choisir l'option 1.)

Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776 (Après identification, choisir l'option 1.)

#### 3.1.2 FACTURATION PAPIER

Le dispensateur peut également remplir une demande papier au moyen du formulaire **Programme des prothèses oculaires n° 4164**. Ce formulaire est disponible de la façon suivante :

- par Internet : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), en cliquant sur *Services aux professionnels*, puis sur *Ocularistes* autorisés puis sur *Formulaires*;
- par télécopieur au numéro : 418 646-9251

Pour demander un approvisionnement de ce formulaire à la Régie, utiliser le formulaire **Commande de formulaires n° 1491** disponible sur notre site Internet.

Pour la facturation papier, vous devez suivre les indications suivantes :

- Vous ne devez jamais écrire au verso du formulaire;
- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence en lettres moulées. Assurez-vous que vos inscriptions ne débordent pas l'espace réservé, qu'elles ne dépassent pas les cases et qu'elles sont suffisamment foncées pour être lisibles après la numérisation.

Un formulaire comportant des informations erronées, illisibles ou des omissions ne sera pas traité et seule une lettre vous sera envoyée pour vous informer.

Vous devez expédier la copie originale du formulaire n° 4164 à l'adresse suivante :

RAMQ – Programmes d'aides techniques  
C.P. 16200 Succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 0C5

**Remarque :** Pour l'un ou l'autre des modes de facturation, vous n'avez plus à transmettre à la Régie les documents requis en vertu du **Programme des prothèses oculaires**. Vous devez les conserver et les fournir sur demande seulement.

### 3.1.3 DOCUMENTS À CONSERVER

Aux fins de l'administration du Programme des prothèses oculaires, les dispensateurs ont la responsabilité de constituer, pour chaque personne assurée du programme, un dossier devant comprendre les documents suivants :

- a) une copie de l'**ordonnance médicale** émise par un ophtalmologiste;
- b) une copie de la demande de paiement;
- c) l'original du formulaire **Autorisation à communiquer des renseignements concernant une personne assurée n° 4167** dûment signé. Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), en cliquant sur **Services aux professionnels**, sur **Ocularistes autorisés** puis sur **Formulaires**;
- d) l'original du formulaire **Confirmation et autorisation de la personne assurée n° 4146** ou tout autre document comportant les mêmes informations, dûment signé. Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), en cliquant sur **Services aux professionnels**, sur **Ocularistes autorisés** puis sur **Formulaires**;
- e) une copie de tout autre document nécessaire à l'évaluation de la demande de paiement.

La Régie vous demande de conserver au dossier les pièces justificatives d'un bien ou d'un service fourni durant une période de cinq ans suivant la demande de paiement de ce bien ou de ce service.

### 3.1.4 ENVOI DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Lorsque des pièces justificatives vous sont demandées par la Régie, vous pouvez les transmettre par l'un ou l'autre des moyens suivants :

- 1- Par la poste, à l'adresse suivante :

RAMQ – Programmes d'aides techniques  
C.P. 16200 Succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 0C5

- 2- Par télécopieur au numéro : 418 266-6485

**Sur chaque document**, vous devrez indiquer, dans le coin supérieur droit, le numéro de confirmation qui vous a été attribué par le Service en ligne des aides techniques (SELAT) lors de la transmission électronique si votre demande est parvenue à la Régie par ce moyen.

Pour la facturation papier, indiquez le numéro d'assurance maladie de la personne assurée **sur chaque document**.

### 3.2 DÉLAI DE FACTURATION

Vous disposez d'un délai de 90 jours à compter de la date où le service a été rendu pour soumettre votre demande de paiement. Ce délai peut cependant être prolongé si vous démontrez à la Régie que vous avez été en fait dans l'impossibilité d'agir plus tôt ou en cas de décès du dispensateur.

Advenant que votre demande soit présentée au-delà de ce délai, vous devrez obligatoirement indiquer dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** les raisons justifiant une demande de dérogation à ce délai.

3.3 DONNÉES NÉCESSAIRES AUX FINS DU PAIEMENT

Formulaire n° 4164 - Programme des prothèses oculaires



Programme des prothèses oculaires

TYPE DE DEMANDE

<input type="checkbox"/> PAIEMENT (1)	<input type="checkbox"/> REFACTURATION	<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE	DEMANDE EN RÉFÉRENCE
---------------------------------------	--	--	----------------------

DISPENSATEUR

NUMÉRO (2)	<input type="checkbox"/> PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE (3)	DATE DE SERVICE (4) ANNEE
------------	--	---------------------------

PERSONNE ASSURÉE

ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (5)	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE D'UN PARENT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT
PRÉNOM DE L'ENFANT		DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR MOIS ANNÉE) SEXE DE L'ENFANT (M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

PRODUIT ET SERVICE 1

PRODUIT ET SERVICE 2

AIDE EN RÉFÉRENCE				AIDE EN RÉFÉRENCE							
NATURE DE SERVICE (6)	RAISON DE REMPLACEMENT (7)	CODE (8)	CÔTE (9)	DATE DE PRISE DE POSSESSION (JOUR MOIS ANNÉE) (10)	NATURE DE SERVICE	RAISON DE REMPLACEMENT	CODE	CÔTE	DATE DE PRISE DE POSSESSION (JOUR MOIS ANNÉE)		
AIDE			AIDE			AIDE			AIDE		
CODE DE L'AIDE (11)		CÔTE		MONTANT DEMANDÉ (12)		CODE DE L'AIDE		CÔTE		MONTANT DEMANDÉ	
SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)				SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)				SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)			
CODE DE SERVICE		MONTANT DEMANDÉ		CODE DE SERVICE		MONTANT DEMANDÉ		CODE DE SERVICE		MONTANT DEMANDÉ	
TOTAL ▶				TOTAL ▶				TOTAL ▶			
				MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE TOTAL ▶							

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

(13)

SIGNATURE DU DISPENSATEUR

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Je certifie avoir rendu les services décrits ci-dessus conformément au Programme des prothèses oculaires.

Signature du dispensateur \_\_\_\_\_ (14) DATE (JOUR MOIS ANNÉE)



**Description (Formulaire n° 4164 et Services en ligne)**

**La demande comporte les éléments suivants :**

1. **Le type de demande** : *selon le cas, cocher l'une ou l'autre des cases, voir la section 3.3.1*
2. **Dispensateur** : *voir la section 3.3.2*
3. **Payer à la personne assurée** : *voir la section 3.3.3*
4. **Date de service** : *voir la section 3.3.4*
5. **Personne assurée** : *voir la section 3.3.5*
6. **Nature de service** : *voir la section 3.3.6*
7. **Raison de remplacement** : *voir la section 3.3.7*
8. **Code de l'aide en référence** : *voir la section 3.3.8*
9. **Côté** : *voir la section 3.3.9*
10. **Date de prise de possession** : *voir la section 3.3.10*
11. **Code de l'aide** : *voir la section 3.3.11*
12. **Montant demandé** : *voir la section 3.3.12*
13. **Renseignements complémentaires** : *voir la section 3.3.13*
14. **Signature du dispensateur** : *voir la section 3.3.14*

### 3.3.1 LE TYPE DE DEMANDE

#### 3.3.1.1 Le paiement

Le paiement peut être demandé pour l'achat, le remplacement, l'entretien ou la réparation d'une prothèse oculaire ainsi que pour l'achat ou le remplacement d'un confortateur du Programme des prothèses oculaires en vueur.

#### 3.3.1.2 La refacturation

La refacturation permet d'annuler une demande de paiement initiale.

Si vous constatez qu'une demande transmise à la Régie comporte une ou plusieurs erreurs, vous pourrez, en sélectionnant le type de demande **REFACTURATION**, annuler cette demande.

### SERVICE EN LIGNE

Si vous avez procédé par le Service en ligne des aides techniques (SELAT) pour effectuer votre demande de paiement, vous pouvez refacturer avant même la réception de l'état de compte, en utilisant le numéro de confirmation qui vous a été attribué lors de la transmission électronique de la demande.

Pour connaître la procédure à suivre, veuillez vous référer à la section 6.4 (Refacturation) du **Guide d'utilisation SELAT** disponible sur le site Internet de la Régie.

### FORMULAIRES PAPIER

La refacturation de votre demande de paiement au moyen du formulaire papier n° 4164 ne sera possible que lorsque vous connaîtrez le numéro de la demande qui sera porté à l'état de compte sous la colonne **NCE**.

Dans ce cas, vous devrez, après avoir sélectionné le type de demande **REFACTURATION**, remplir la section **DEMANDE EN RÉFÉRENCE** en indiquant le numéro de la demande initiale que vous désirez annuler.

Vous devrez reproduire les mêmes informations que sur la demande initiale en prenant soin de mettre à 0,00 \$ tous les montants demandés pour les produits ou services initialement indiqués.

À la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, mentionner que vous voulez annuler la demande.

Si la demande initiale avait été payée telle que demandée, la demande de refacturation entraînera un solde négatif du même montant lors du prochain état de compte.

Par la suite, vous pourrez refaire une nouvelle demande avec le type de demande **PAIEMENT** ou **PRISE EN CHARGE**, s'il y a lieu, et reprendre en entier la demande et la soumettre telle qu'elle aurait dû l'être initialement.

#### DEMANDE DE RÉVISION

Si vous contestez le refus de la Régie et que vous souhaitez que votre demande soit reconsidérée sans qu'aucun élément soit modifié ou ajouté, vous devez faire une demande de révision par le biais du service en ligne SELAT ou au moyen du formulaire n° 3144 (voir l'onglet **4. Paiement – État de compte**).

Vous disposez d'un délai de six mois, à partir de l'état de compte, pour demander une révision de votre demande de paiement.

### 3.3.1.3 La prise en charge

La prise en charge d'une prothèse oculaire est nécessaire seulement lorsqu'une personne assurée s'est procurée sa prothèse d'une façon autre que par le biais du Programme des prothèses oculaires et que le dispensateur veut réclamer des honoraires pour son entretien ou sa réparation.

Pour ce faire, le dispensateur devra sélectionner, sur la demande de paiement, le type de demande **PRISE EN CHARGE** et indiquer dans la case **Nature de service** le chiffre 33 correspondant à l'entretien/réparation.

À la case **DATE DE SERVICE**, vous devrez inscrire la date où vous avez procédé à l'entretien ou à la réparation.

La section **AIDE EN RÉFÉRENCE** devra ensuite être complétée en inscrivant le code de prise en charge (9310000) indiqué à l'onglet 5. **TARIF** de votre Manuel.

Le côté droit ou gauche devra ensuite être inscrit de même que la date de prise de possession connue ou approximative, c'est-à-dire la date du début du port de la prothèse par la personne assurée.

Finalement, à la section **SERVICE (ENTRETIEN ET RÉPARATION)** inscrire le code prévu (9303000) indiqué à l'onglet 5. **TARIF** de votre Manuel ainsi que le montant demandé.

### 3.3.2 DISPENSATEUR

Vous devez indiquer les six premiers caractères du numéro qui vous a été attribué par la Régie (92XXXX).

### 3.3.3 PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE

Dans l'éventualité où les services que vous avez rendus dans le cadre du programme ont été payés par la personne assurée, vous pouvez demander à la Régie qu'elle rembourse les services rendus directement à la personne assurée. Pour ce faire, vous devez cocher la case **PAYER À LA PERSONNE ASSURÉE** du formulaire.

### 3.3.4 DATE DE SERVICE

Pour une demande de paiement, il s'agit de la date où vous avez livré vos services à la personne assurée. Si vous avez rendu des services à des dates différentes pour une même personne assurée, vous devez faire une demande de paiement pour chacune des dates de services.

Pour une refacturation, cette date est la même que celle de la demande initiale.

Si la personne assurée est décédée avant la prise de possession de la prothèse oculaire ou du conformateur, indiquer à la section **DATE DE SERVICE** la date de la dernière consultation.

### 3.3.5 PERSONNE ASSURÉE

#### 3.3.5.1 Personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie valide (non expirée)

Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne qui reçoit le service (alphanumérique à 12 caractères).

#### 3.3.5.2 Enfant de moins d'un an sans numéro d'assurance maladie

Inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère et les éléments de l'identité de l'enfant (nom, prénom, date de naissance et sexe). Si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire **nouveau-né** dans la case correspondante.

**3.3.5.3 Personnes hébergées**

Si le service a été rendu à une personne hébergée qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie, vous devrez obligatoirement présenter une demande de paiement papier au moyen du formulaire n<sup>o</sup> 4164. Les nom(s), prénom(s), date de naissance, le sexe et l'adresse de cette personne devront être inscrits dans la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** du formulaire.

**3.3.6 NATURE DE SERVICE**

Numéro	Description
11	Achat d'une aide neuve
21	Remplacement par une aide neuve
23	Entretien et réparation

**3.3.6.1 Nature 11 - Achat d'une aide neuve**

Cette nature s'applique lors de l'achat initial d'une prothèse oculaire ou d'un conformateur. Les frais d'ajustement sont inclus dans le montant indiqué au tarif pour l'attribution d'une aide.

Pour la demande de paiement, vous devez remplir les champs suivants :

**À la section Produit et Service 1:**

Nature de service : Indiquer le chiffre 11

Raison de remplacement : Ne rien inscrire

Aide en référence : Ne rien inscrire

Aide : Inscrire l'un des codes d'aide indiqués à l'onglet 5. **TARIF** de votre Manuel;

Inscrire le côté (par la lettre **D** pour droit et **G** pour gauche);

Inscrire le montant demandé.

**3.3.6.2 Nature 21 - Remplacement par une aide neuve**

Dans le cadre du programme, la nature de service 21 doit être demandée dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire à l'intérieur du délai de cinq ans de son acquisition, dans le cas d'un changement de la cavité orbitaire. Veuillez utiliser la raison de remplacement 1. Dans ce cas, le dispensateur doit être en mesure de fournir à la Régie, sur demande, une ordonnance d'un ophtalmologiste attestant que le remplacement est requis pour cette raison.
- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire après un délai de cinq ans de l'attribution de la prothèse à remplacer. Dans ce cas, inscrire la raison de remplacement 12.
- Lors du remplacement d'un conformateur par une prothèse oculaire lorsque la cavité orbitaire est prête à la recevoir. Utiliser la raison de remplacement 13.
- Lors du remplacement d'un conformateur par un autre conformateur lorsque la cavité orbitaire doit être modifiée. Utiliser la raison de remplacement 15.

- Lors du remplacement d'une prothèse oculaire acquise par la personne assurée en dehors du programme et qui a été prise en charge par la Régie. Dans ce cas, la raison de remplacement 18 doit être utilisée et aucun délai n'est applicable pour ce remplacement. De plus, l'ordonnance médicale n'est pas requise par la Régie.

**Noter : Dans le cas exceptionnel où une prothèse oculaire doit être remplacée par un conformateur, seule la raison de remplacement 1 (Changement de la cavité orbitaire) est acceptée.**

Pour la demande de paiement, vous devez remplir les champs suivants :

**À la section Produit et Service 1:**

Nature de service : Indiquer le chiffre 21

Raison de remplacement : Inscrire le numéro correspondant à l'une des situations mentionnées au tableau de la section 3.3.7 ci-dessous

Aide en référence : Inscrire le code de l'aide à remplacer, le côté et la date de prise de possession de cette aide. Ces informations sont disponibles par le biais de la fonction **Consulter le dossier d'une personne assurée** du Service en ligne des aides techniques (SELAT)

Code de l'aide : Inscrire le code de l'aide attribuée en remplacement (voir l'onglet 5. **TARIF** de votre Manuel):

Inscrire le côté (par la lettre **D** pour droit et **G** pour gauche);

Inscrire le montant demandé.

**3.3.6.3 Nature 33 - Entretien et réparation**

Les honoraires pour l'entretien ou la réparation d'une prothèse oculaire ne peuvent être demandés qu'une fois par année de calendrier mais au plus tôt à compter de la date d'anniversaire de la prise de possession de la prothèse.

Pour la demande de paiement, vous devez remplir les champs suivants :

**À la section Produit et Service 1:**

Nature de service : Indiquer le chiffre 33

Raison de remplacement : Ne rien inscrire

Aide en référence : Inscrire le code de la prothèse possédée, le côté et la date de prise de possession de cette aide. Ces informations sont disponibles par le biais de la fonction **Consulter le dossier d'une personne assurée** du Service en ligne des aides techniques (SELAT)

Code de l'aide : Ne rien inscrire à la case code de l'aide

Entretien et réparation : Inscrire le code prévu pour l'entretien / réparation (voir l'onglet 5. **TARIF** de votre Manuel) et le montant demandé.

**3.3.7 RAISON DE REMPLACEMENT**

Le champ *RAISON DE REMPLACEMENT* doit être rempli par le code correspondant aux raisons suivantes :

Numéro	Description
1	Changement de la cavité orbitaire
12	Délai de 5 ans expiré
13	Remplacement d'un conformateur par un prothèse oculaire
15	Remplacement d'un conformateur par un nouveau conformateur
18	Remplacement d'une prothèse prise en charge

**3.3.8 CODE DE L'AIDE EN RÉFÉRENCE**

Le code de l'aide en référence doit être complété dans le cas d'un remplacement d'aide (nature 21) ou d'un entretien et/ou réparation (nature 33).

**3.3.9 CÔTÉ**

Pour les prothèses oculaires et les conformateurs, vous devez indiquer, par la lettre correspondante, le côté de l'aide en référence soit **G** pour gauche, **D** pour droit.

**3.3.10 DATE DE PRISE DE POSSESSION**

Il s'agit de la date de la prise de possession de l'aide en référence. Cette section doit être remplie chaque fois qu'une aide en référence est mentionnée.

**3.3.11 CODE DE L'AIDE**

Les codes des aides (prothèses oculaires et conformateurs) sont disponibles à l'onglet 5. *TARIF* de votre Manuel de facturation.

Si la personne assurée porte des prothèses oculaires des deux côtés et que vous voulez facturer des services pour chacune d'elles, prenez soin de remplir les deux sections (PRODUIT ET SERVICE 1 et PRODUIT ET SERVICE 2) et ne pas cumuler les produits et services dans une seule section.

**3.3.12 MONTANT DEMANDÉ**

Vous devez indiquer le montant que vous demandez pour l'aide ou pour l'entretien ou la réparation d'une aide.

Si la personne assurée est prestataire d'une aide financière de dernier recours, un montant supplémentaire pour couvrir la différence entre le coût réel et le montant maximal fixé au tarif peut être accordé. Pour plus d'informations, nous vous référons à la *section 1.3* de l'onglet 1. *PERSONNE ASSURÉE* de votre Manuel.

**3.3.13 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Utiliser cette section pour donner des renseignements nécessaires à l'appréciation de la demande.

**3.3.14 SIGNATURE DU DISPENSATEUR**

Pour la facturation papier, le dispensateur doit signer de sa main chaque demande et indiquer la date de sa signature.

L'exigence de l'obtention d'une déclaration signée de la personne assurée à l'effet qu'elle confirme avoir reçu le bien ou le service et qu'elle autorise la Régie à verser au dispensateur le paiement demeure. Cependant, elle n'a pas à être fournie à la Régie sauf sur demande.

La Régie met à votre disposition le formulaire n<sup>o</sup> 4146 permettant de faire signer la personne assurée à chaque dispensation de service. Ce formulaire vous est présenté à la fin du présent onglet et est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).

Le dispensateur peut cependant utiliser tout autre document ayant la même teneur et comportant les mêmes informations.



**AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UNE PERSONNE ASSURÉE**

**1 - Personne assurée**

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	
ADRESSE NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE DE NAISSANCE A M J	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TÉLÉPHONE DOMICILE IND. RÉG.

**2 - Personne visée par l'autorisation**

**Dispensateur**

NOM ET PRÉNOM DE L'OCULARISTE	NUMÉRO D'INSCRIPTION À LA RÉGIE
AUX OCULARISTES DU GROUPEMENT :	LOCALITÉ DE LA PLACE D'AFFAIRES

SPÉCIMEN

**3 - Autorisation et déclaration**

La personne assurée autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à communiquer les renseignements suivants au dispensateur ci-dessus désigné.

La Régie pourra divulguer : le code de l'aide, la description du code de l'aide, la date de prise de possession de l'aide, le côté et le statut des aides qui m'ont été attribuées et dont le coût a été assumé ou remboursé par la Régie.

Je déclare savoir que les renseignements communiqués serviront à évaluer si l'aide ou le service rendu peut être couvert dans le cadre du Régime d'assurance maladie et je consens donc en toute connaissance de cause à la communication de ces renseignements.

**4 - Durée**

Cette autorisation est valable pour une durée maximale de deux ans à compter de la date de la signature de la présente.

**5 - Signature**

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE

X \_\_\_\_\_

DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR
------	-------	------	------

4167 264 11/08



Régie de l'assurance maladie



Confirmation et autorisation de la personne assurée

**1 - Personne assurée**

Nom de famille et prénom de la personne assurée			
Adresse Numéro	Rue	Appartement	
Municipalité		Province	Code postal
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance A M J	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Téléphone domicile IND. RÉG.

confirme avoir reçu le bien ou le service suivant :

Date du service			Description du bien ou du service	Signature de la personne assurée ou de son représentant
ANNÉE	MOIS	JOUR		
			<b>SPÉCIMEN</b>	

et autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à verser le paiement au dispensateur autorisé suivant :

**2 - Dispensateur**

NOM ET PRÉNOM DU DISPENSATEUR, DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU LABORATOIRE	
LOCALITÉ DE LA PLACE D'AFFAIRES	TÉLÉPHONE

4146 264 11/09

## 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'oculiste ou à la personne assurée, selon le cas.

Régie de l'assurance maladie Québec										ÉTAT DE COMPTE				
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3										NO CHÈQUE / VIREMENT		PAGE		
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										NO DU DISPENSATEUR	DATE DU PAIEMENT		NO CHÈQUE / VIREMENT	PAGE
NOM DU DISPENSATEUR <b>CENTRE UNTEL</b>										000000	20AA-11-25		00000000 (c)	1 DE 2
① CENTRE UNTEL 569 RUE FICTIVE QUÉBEC QC G1N 5C9 ⑥										②	③		④	⑤
⑦ ⑧														
NCE	DATE DES SERVICES		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		CODE DE SERVICE	NCE RÉF	MESSAGE	MONTANT						
AAAA	MM	JJ												
							SOMMAIRE							
							PAIEMENTS	RETENUES	MESSAGES					
<b>SPÉCIMEN</b>														
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 PAPILLON** : 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.

## 5. TARIF

Les services assurés dans le cadre du Programme des prothèses oculaires sont ceux codés ci-après.

Le coût d'achat initial ou le remplacement de la prothèse oculaire comprend les coûts relatifs à l'ajustement de la prothèse.

**AVIS** : Conformément à l'entente qu'il a conclue avec la Régie, l'ophtalmologiste ne peut ni exiger ni recevoir d'un prestataire d'une aide financière de dernier recours, aucune rémunération pour les services ou les biens pour lesquels il reçoit paiement de la Régie.

CODE	DESCRIPTION	MONTANT MAXIMUM PAR PÉRIODE
<b><u>SERVICE</u></b>		
+ 9303000	entretien / réparation	25,00 \$/1 an
<b><u>PRODUITS</u></b>		
<b>Prothèses</b>		
+ 9430000	Prothèse sur mesure	585,00 \$
+ 9530000	Prothèse usinée	225,00 \$
+ 9310000	Prothèse prise en charge	n/a
<b>Conformateurs</b>		
+ 9633000	Conformateur avec cuisson	187,00 \$
+ 9643000	Conformateur sans cuisson	112,00 \$

# **AVIS** : Afin d'accélérer le traitement des demandes de paiement, il est suggéré à l'ophtalmologiste de bien suivre les instructions de facturation décrites à l'onglet 3. FACTURATION du présent manuel.