



OPTOMÉTRISTES

GUIDE DE FACTURATION

Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives



Table des matières

Introduction	1
1 Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	3
1.1 Avant-propos	3
1.2 Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) – Description du formulaire	4
1.2.1 Rédaction de la demande de paiement	6
1.2.2 Expédition	16
1.2.3 Description des codes d’activité	17
1.2.4 Description des codes de congé prévus à l’Entente	17
1.2.5 Calendriers des jours fériés	19
1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	20
1.4 Bilan des avantages sociaux	21
1.5 État de la facturation	23
1.5.1 Sections 1 à 12	23
1.5.2 Sections 13 à 16	24
1.5.3 Sections 17 à 30	26
2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	27
2.1 Avant-propos	27
2.2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) – Description du formulaire	28
2.2.1 Rédaction de la demande de paiement	30
2.2.2 Expédition	36
2.2.3 Description des codes d’activité	37
2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)	38
3 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336)	39
3.1 Avant-propos	39
3.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire	40
3.2.1 Rédaction de la demande de remboursement	41
3.2.2 Expédition	46
3.2.3 Liste des localités	46
4 Paiement à honoraires fixes	47
4.1 Mode de paiement	47
4.2 Délai de paiement	47
4.3 Facturation informatisée	47
4.3.1 Retour d’erreurs à l’agence	47
4.4 État de compte	48

4.4.1	Description	48
4.4.2	Vérification des paiements.....	51
4.5	Règlement des demandes de paiement	51
4.5.1	Paiement autorisé tel que demandé	51
4.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	51
4.5.3	Paiement refusé en partie	52
4.5.4	Paiement refusé en totalité	52
4.5.5	Annulation d’une demande de paiement	52
4.5.6	Modification d’une demande de paiement payée.....	52
4.6	Demande de révision.....	52
4.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d’une demande de révision	53
4.7	Demande d’annulation	53
4.8	Liste des codes de transaction	53
4.9	Liste des messages explicatifs	53
4.10	Calendriers des dates limites et de paiement	53
5	Paiement à tarif horaire.....	55
5.1	Mode de paiement	55
5.2	Délai de paiement.....	55
5.3	Facturation informatisée	55
5.3.1	Retour d’erreurs à l’agence.....	55
5.4	État de compte	56
5.4.1	Description	56
5.4.2	Vérification des paiements.....	59
5.5	Règlement des demandes de paiement	59
5.5.1	Paiement autorisé tel que demandé	59
5.5.2	Demandes de paiement en cours de traitement.....	59
5.5.3	Paiement refusé en partie	59
5.5.4	Paiement refusé en totalité	59
5.5.5	Annulation d’une demande de paiement	60
5.5.6	Modification d’une demande de paiement payée.....	60
5.6	Demande de révision.....	60
5.6.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d’une demande de révision	60
5.7	Demande d’annulation	61
5.8	Liste des codes de transaction	61
5.9	Liste des messages explicatifs	61
5.10	Calendriers des dates limites et de paiement	61
6	Paiement – Mesures incitatives	62
6.1	Mode de paiement	62
6.2	Délai de paiement.....	62
6.3	État de compte	62

6.3.1	Description	62
6.3.2	Vérification des paiements.....	66
6.4	Règlement des demandes de remboursement	66
6.4.1	Paiement autorisé tel que demandé.....	66
6.4.2	Demandes de remboursement en cours de traitement.....	66
6.4.3	Paiement refusé en partie	66
6.4.4	Paiement refusé en totalité	66
6.4.5	Annulation d'une demande de remboursement.....	66
6.4.6	Modification d'une demande déjà payée.....	66
6.5	Demande de révision.....	67
6.5.1	Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision	67
6.6	Demande d'annulation	67
6.7	Liste des codes de transaction	67
6.8	Messages explicatifs	67
6.9	Calendriers des dates limites et de paiement	68
7	Demande de facturation hors délai	69
8	Nous joindre.....	70

Introduction

Le *Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives* vise à vous renseigner sur les modalités de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

À cet égard, il contient notamment la rédaction de la demande de paiement pour la rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire et de la demande de remboursement pour les mesures incitatives et des renseignements relatifs au paiement.

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

Site Web de la RAMQ : Pour être mieux informé

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

Vous y trouverez l'information et les outils pertinents : les dernières mises à jour de votre manuel, les infolettres, les formulaires, les services en ligne, les rubriques traitant de divers sujets de votre entente, et plus encore.

1 DEMANDE DE PAIEMENT – REMUNERATION A HONORAIRES FIXES ET SALARIAT (1216) ET DOCUMENT COMPLEMENTAIRE – CONSIDERATION SPECIALE (1944)

1.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement selon le mode des honoraires fixes la [Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat](#) (1216).

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la RAMQ n'accepte plus la demande de paiement en version papier.

Cette demande de paiement peut être remplie et transmise par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) de la RAMQ. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne.

L'optométriste qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet [Formulaires](#). Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

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

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de remboursement ou de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour**, en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar** (\$).

1.2 Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) – Description du formulaire

La demande de paiement comporte 17 sections :

1. Numéro de contrôle externe
2. Identité de l'optométriste ayant rendu les services assurés
3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus
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 de témoin
15. Montant d'assurance invalidité reçu
16. Signature du professionnel ou du mandataire
17. Attestation de l'établissement

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives
 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Formulaire Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1		DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT				Régie de l'assurance maladie Québec																																										
PROFESSIONNEL PRÉNOM 2		NOM		N° DU PROFESSIONNEL		C.S. 10		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 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																																						
ACTIVITÉS						CONGÉS																																										
QUANTITÉME 5	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)																																	
	NUIT	AM	PM	SOIR												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	40	41	42
SPÉCIMEN																																																
HEURES SUPPLÉMENTAIRES ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : 9						TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 8						TOTAL DES JOURS DE CONGÉS																																				
REMISE DE TEMPS (CODE 80)		QUANTITÉME HEURES 70		QUANTITÉME HEURES 71		QUANTITÉME HEURES 72		QUANTITÉME HEURES 73		QUANTITÉME HEURES 74		TOTAL DES HEURES DE REMISE																																				
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 11																																																
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR				CODE DU CONGÉ		DURÉE (JOURS)		L'USAGE DE LA RÉGIE		JURÉ OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue 14 MONTANT \$																																						
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES																																																
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR 16																																																
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES																																																
LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR 17																																																
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. (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES) 15 \$																																																

1216 292 18/01

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

Remarque :

La partie supérieure gauche comporte un espace afin que l'optométriste puisse inscrire un numéro de contrôle externe à 4 chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

1.2.1 Rédaction de la demande de paiement

1.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de paiement à remplir par l'optométriste et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

1.2.1.2 Section 2

Identité de l'optométriste ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité de l'optométriste sont les suivants :

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres).

1.2.1.3 Section 3

Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus

Dans cette section, l'optométriste doit inscrire :

- **NOM** : le nom complet de l'établissement;
- **NUMÉRO** : le numéro de l'établissement (5 chiffres).

1.2.1.4 Section 4

Période de facturation

La période de la demande de paiement couvre **7 jours consécutifs à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle**. Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

Exemple pour les sections 1 à 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 1 0 0 2		DEMANDE DE PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT				Régie de l'assurance maladie Québec	
2	PROFESSIONNEL PRÉNOM PIERRE	NOM UNTEL	N° DU PROFESSIONNEL 3 8 9 9 9 9 4	C.S. 	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXES 		
3	ÉTABLISSEMENT NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec		NUMÉRO 1 0 1 1 3	4	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 1 0 1 6 SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 1 0 2 2		

Remarque : Le numéro de contrôle externe à 4 chiffres paraît dans toute correspondance liée à la demande de paiement visée.

1.2.1.5 Section 5

Quantième

Cette section permet à l'optométriste d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus ou la date du jour où un congé est demandé. Ce quantième est exprimé en utilisant un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.

1.2.1.6 Section 6

Indication des activités et des heures effectuées

Cette section, qui comporte 15 lignes ou 30 périodes de référence, permet à l'optométriste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à honoraires fixes.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

– Plage horaire

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en 4 périodes qui sont les suivantes :

Nuit :	de 0 h à 7 h
Avant-midi (AM) :	de 7 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 h à 24 h

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

Exceptions :

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

Exemple 1

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	AM	PM	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5,5 h

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

Exemple 2

Heure de début : 7 h Heure de fin : 12 h 30
Heure de début : 13 h Heure de fin : 16 h 30

NUIT	AM	PM	SOIR
	x		
		x	

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

– **Code d'activité**

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

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

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, voir la section [Description des codes d'activité](#).

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

S. O.

– **Heures travaillées**

Inscrire le nombre d'heures travaillées de 4 chiffres.

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, 3 heures et 45 minutes s'inscrivent 03,75.

Considération du changement d'heure

Un changement d'heure est prévu chaque deuxième dimanche de mars pour passer de 2 h (heure normale) à 3 h (heure avancée de l'Est). Le retour à l'heure normale se fait le premier dimanche de novembre à 2 h en reculant d'une heure. La RAMQ vous demande de bien respecter ces changements d'heure quand vous inscrivez votre nombre d'heures effectuées dans la plage de nuit. Pour la période du retour à l'heure normale, la RAMQ acceptera la facturation d'une heure de plus dans la plage de nuit pour une durée réelle de 9 heures. Lors du passage à l'heure avancée de l'Est, vous devez inscrire vos heures normales travaillées dans la plage de nuit.

1.2.1.7 Section 7

Indication des congés

– **Code de congé**

Pour les codes de congé, voir les avis intégrés à l'[Annexe V – Avantages sociaux](#) de l'Entente ou la section [Description des codes de congé prévus à l'Entente](#). Le code de congé doit toujours être indiqué lorsque le paiement d'un jour de congé est demandé. L'omission de ce code entraînera l'annulation du congé inscrit sur cette ligne.

Remarque 1 : Utiliser le code de congé « 02 » pour la facturation des vacances annuelles.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

La RAMQ 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 RAMQ 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 section 13 du formulaire lorsque la durée du congé est d'au moins une période de facturation complète, soit une semaine.

– Durée du congé

Les congés doivent être demandés en demi-journée (0,50) ou en journée complète (1,00), peu importe si l'optométriste est à temps plein ou à demi-temps.

À titre d'exemple, un optométriste à demi-temps dont le traitement hebdomadaire a été établi à 17,5 heures par semaine se verra attribuer 3,5 heures pour chaque jour de congé ou 1,75 heure pour chaque demi-journée.

Exemple pour les sections 5 à 7

5 QUAN- TIÈME	6 ACTIVITÉS PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	7 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		0,2,0,0	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		0,2,5,0	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		
2,2			X		15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	16				47		
					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		
								TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES	0,3,6,5,0				TOTAL DES JOURS DE CONGÉS	1,0,0	

1.2.1.8 Section 8

– **Total des heures travaillées durant la période indiquée**

Inscrire le total des heures pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, les heures facturées sont de 36,5 heures.

– **Total des jours de congés**

Inscrire le total des jours demandés sur chacune des lignes dans la colonne *CONGÉS – DURÉE EN JOURS*.

Selon l'exemple choisi, le nombre de jours de congé pouvant être rémunérés ou non selon le code est de 1 jour.

1.2.1.9 Section 9

Total des heures supplémentaires accumulées et remises de temps

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

– **Accumulation**

Deux possibilités peuvent se présenter :

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

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES : 0 2 5 0														
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

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

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																
ACCUMULATION	60	NOMBRE D'HEURES : 9 9 9 9														
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

– **Remise de temps supplémentaire**

HEURES SUPPLÉMENTAIRES																			
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			
		2	9	7	0	0										1	0	5	0

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

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

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

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

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives
 1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple pour les sections 8 et 9

QUANTIÈME	ACTIVITÉS										CONGÉS																				
	PLAGE HORAIRE (cocher)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉ	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)																
	NUIT	AM	PM	SOIR																											
1,8		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																		
2,2			X		15	0,0,2,0,3,0		0,5,0,0	16				47																		
					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										8 TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES 0,3,6,5,0			TOTAL DES JOURS DE CONGÉS 1,0,0																		
ACCUMULATION 60 NOMBRE D'HEURES : 9																															
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	

1.2.1.10 Section 10

C. S. (Considération spéciale) :

LETTRE **A** : Renseignements complémentaires liés 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 inscrire 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 dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

1.2.1.11 Section 11

Renseignements complémentaires

Inscrire les renseignements pertinents pour le règlement de la demande de paiement et inscrire, comme décrit à la section 10, la **lettre A** ou **B** dans la case C. S. Si l'espace est insuffisant, utiliser le formulaire [Document complémentaire – Considération spéciale](#) (1944). Voir la section [Expédition](#) pour l'envoi.

À titre d'exemple, une **période de vacances annuelles** de 4 semaines facturée dans cette section serait inscrite ainsi :

80	CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE						CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)	13 À L'USAGE DE LA RÉGIE
	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN					
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR			
	A	A	0 3 1 1	A	A	0 4 0 7	02	0 2 0	

Remarque : En supposant que le 30 mars et le 2 avril 20AA correspondent à des journées fériées observées dans votre établissement, la RAMQ reconnaîtra 18 jours de vacances annuelles et 2 jours fériés. La date de fin a préséance sur la durée du congé.

1.2.1.14 Section 14

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

Pour les congés spéciaux pour agir comme juré ou témoin, l'optométriste doit :

- spécifier l'indemnité reçue;
- joindre les pièces justificatives;
- voir la section [Expédition](#) pour l'envoi.

Le congé pour juré ou témoin peut avoir été facturé 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 trouve sur le formulaire *Taxation de juré ou témoin*, sous *Perte de temps*. Ce formulaire est fourni par le ministère de la Justice.

1.2.1.15 Section 15

Montant d'assurance invalidité reçu

L'optométriste 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 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 par tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la RAMQ. Une copie du talon du chèque et tout autre document pertinent doivent être joints à la demande de paiement en spécifiant la période couverte.

Voir la section [Expédition](#) pour l'envoi.

1.2.1.16 Section 16

Signature du professionnel ou du mandataire

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

L'optométriste ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par l'optométriste dont le nom paraît à la partie supérieure, ou par son mandataire, dans les cases appropriées, conformément au [Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement](#).

1.2.1.17 Section 17

Attestation de l'établissement

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

Exemple pour les sections 10 à 17

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. (10) A NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (12)
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____	PÉRIODE DÉBUTANT LE DIMANCHE SE TERMINANT LE SAMEDI CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR A A 1 0 1 6 A A 1 0 2 2	

HEURES SUPPLÉMENTAIRES 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 (11)										
CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE 80 DATE DE DÉBUT DATE DE FIN CODE DU CONGÉ DURÉE (JOURS) ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR (13)					JURÉ OU TÉMOIN Spécifier la rémunération reçue (14) MONTANT 0,2,5,0,0 \$					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES (16) NOM EN LETTRES MOULÉES Pierre Untel JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR Pierre Untel A A 1 0 2 6					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. _____ \$ (15) (ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES)					
ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES NOM EN LETTRES MOULÉES Jacques Responsable LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. ANNÉE MOIS JOUR Jacques Responsable (17) A A 1 0 2 6										

1216 292 18/01 LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1.2.2 Expédition

Lorsque vous utilisez le service en ligne Facturation – Formulaire, votre responsable d'autorisation transmet la demande de paiement à la RAMQ.

Lorsque vous utilisez le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I), l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la RAMQ. Vous devez remettre une copie à l'établissement et vous ou votre agence devez conserver pendant 5 ans une copie portant les 2 signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Selon le service ou le congé facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la RAMQ avec la demande de paiement. Selon le logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un document de facturation ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne *Facturation – Formulaire* ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu par la RAMQ;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes votre numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- transmettre à la RAMQ la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

Vous pouvez faire parvenir ces documents à la RAMQ de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.

Par la poste

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être transmis dans une même enveloppe à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 643-7585

1.2.3 Description des codes d'activité

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002140 Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie

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

002142 Participation à des activités de formation en basse vision rendues dans un des établissements énumérés à l'[annexe VII du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#).

1.2.4 Description des codes de congé prévus à l'Entente

Voir l'[Annexe V – Avantages sociaux](#) de l'Entente.

Congés parentaux avec rémunération

- 01** Maternité (paragraphe 1.01)
- 10** Congé spécial – Complication de grossesse (paragraphe 1.20 a)) ou interruption de grossesse (paragraphe 1.20 b))
- 12** Maternité – Décès de la conjointe – Résiduel des 20 semaines au conjoint (paragraphe 1.01)
- 21** Congé spécial – Visites reliées à la grossesse (paragraphe 1.20 c))
- 71** Congé spécial, 5 jours et plus – Complication de grossesse (paragraphe 1.20 a) ou Interruption de grossesse (paragraphe 1.20 b) – Transmettre un certificat médical avec une copie de la demande de paiement.
- 22** Maternité – Retrait préventif CNESST (paragraphe 1.19). Joindre une copie de l'attestation approuvée par la CNESST.
- 23** Paternité (paragraphe 1.22)
- 25** Adoption – Congé 10 semaines (paragraphe 1.23)
- 26** Congé pour adoption de 5 jours – 2 jours précédant le code 28 (paragraphe 1.23) (aboli le 31 mars 2013)

Congés parentaux sans rémunération

- 27** Maternité – Extension (paragraphe 1.05)
- 28** Congé pour adoption de 5 jours – 3 jours suivant le code 26 (paragraphe 1.23) (aboli le 31 mars 2013)
- 29** Maternité – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 30** Adoption de l'enfant du conjoint (paragraphe 1.23) (aboli le 31 mars 2013)
- 31** Congé en vue d'une adoption – 10 semaines (paragraphe 1.23 i))
- 35** Paternité – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 36** Adoption – Prolongation (paragraphe 1.21 a))
- 60** Congé parental (paragraphe 4.12)
- 62** Maternité – Suspension (paragraphe 1.03)

- 63 Paternité – Congé sans rémunération (paragraphe 1.22 a))
- 64 Paternité – Prolongation (paragraphe 1.22 d))
- 65 Paternité – Suspension (paragraphe 1.22 c))
- 66 Adoption – Prolongation (paragraphe 1.23 d))
- 67 Adoption – Suspension (paragraphe 1.23 b))
- 69 Adoption de l'enfant du conjoint – 3 jours suivant le code 68 (paragraphe 1.23 g))

Vacances

- 02 Vacances accumulées (paragraphe 2.02)
- 32 Vacances anticipées (paragraphe 2.07)
- 34 Vacances reportées (paragraphe 2.14)

Jours fériés

- 40 Jour férié annuel (paragraphe 3.01)
- 42 Jour férié en période d'invalidité (paragraphe 3.05)

Congés spéciaux avec rémunération

- 50 Décès du conjoint ou d'un enfant à charge (paragraphe 4.01 a))
- 51 Décès des père, mère, frère, sœur, enfant¹, beau-père, belle-mère, bru et gendre (paragraphe 4.01 b))
- 05 Décès d'un beau-frère, d'une belle-sœur et d'un grand-parent (paragraphe 4.01 c))
- 08 Juré ou témoin (paragraphe 4.06)
- 52 Congé à traitement différé (paragraphe 10.03)
- 61 Comité de révision, événement spécial (paragraphe 1.12 et 1.24 B)
- 68 Adoption de l'enfant du conjoint – 2 jours précédant le code 69 (paragraphe 1.23 g))

Congés spéciaux sans rémunération

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

¹Code 51 : Décès d'un enfant autre que ceux prévus au paragraphe 4.01 a)

Perfectionnement

- 09 Congé de perfectionnement (paragraphe 5.01)
- 11 Congé de perfectionnement reporté (paragraphe 5.02)

Régime d'assurances – Comité paritaire

- 70 Participation au comité paritaire (paragraphe 6.18)

Régime d'assurances – Invalidité

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

1.2.5 Calendriers des jours fériés

La période de référence retenue par la RAMQ est du 1^{er} mai au 30 avril de l'année suivante (article 3.00 de [l'annexe V du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#)).

Les [calendriers des jours fériés](#) sont publiés à titre de référence pour l'optométriste. Ils sont utilisés à la RAMQ pour déterminer, entre autres, les droits de l'optométriste en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux jours fériés comme un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (paragraphe 4.13, [annexe V du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#)).

De plus, ce tableau sera utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de [l'annexe V du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#).

Si un jour férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans les calendriers des jours fériés, vous devez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent alors faire parvenir à la RAMQ, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des jours fériés et la date de leur célébration.

1.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

1. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**
Inscrire le prénom et le nom complets de l'optométriste qui a rendu les services;
2. **N^o DU PROFESSIONNEL :** Inscrire le numéro d'inscription de l'optométriste attribué par la RAMQ (7 chiffres);
3. **NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si l'optométriste désire que le paiement soit fait à ce compte administratif selon les dispositions de l'entente en vigueur;
4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :**
Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
5. **NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :**
Ne rien inscrire;
6. **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :**
Ne rien inscrire;
7. **DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
8. **SECTION RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par l'optométriste lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Régie de l'assurance maladie Québec

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
2. N^o DU PROFESSIONNEL
3. NUMÉRO DU GROUPE
4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE
6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
7. DATE DU SERVICE

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

8

SPÉCIMEN

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

Remarque : Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pas agraffer).

1.4 Bilan des avantages sociaux

Pour de plus amples renseignements sur le *Bilan des avantages sociaux*, voir l'[annexe V du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#).

Sections 1 à 9

1. **NUMÉRO** : Numéro d'inscription du professionnel à la RAMQ.
2. **PÉRIODE DE RÉFÉRENCE** : La période de référence pour laquelle est réalisé le bilan. Elle s'étend du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
3. **STATUT DES CRÉDITS ET DU BILAN** : Le statut des crédits et du bilan est **provisoire** lorsque les crédits, pour la période de référence, ont été établis approximativement. Ils seront à nouveau calculés dès que la facturation du professionnel, pour la période du bilan, sera terminée.
Le statut est **final** lorsque, pour la période de référence, la facturation est considérée terminée. Les crédits ont été calculés selon cette facturation et, à moins de modifications à celle-ci, ils ne devraient plus changer.
4. **DATE DE DÉPART** : Si le professionnel a cessé ses activités à honoraires fixes durant la période du bilan, la date de départ est la date de fin de son dernier contrat ou avis de service.
5. Description des codes de congés annuels par catégorie.
6. **CODE** : Codes de congés.
7. **UNITÉS** : Unité de mesure du congé. Habituellement en jours, exceptionnellement en heures.
8. **ANNÉES DE RÉFÉRENCE** : Information concernant les congés du professionnel pour la période du bilan, par congé et selon l'unité de mesure spécifiée :

Crédit : Valeur des droits de crédits annuels qui ont été calculés.

Consommés : Valeur des congés utilisés.

Payés RAMQ : Valeur des congés non utilisés qui ont été payés conformément à l'Entente.

Solde à reporter : Valeur des congés non utilisés et non payés par la RAMQ qui sont reportés à la période de référence suivante conformément à l'Entente.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

9. CRÉDITS : Information concernant les crédits de congés de l’optométriste pour la période de référence qui suit celle du bilan.

Les vacances anticipées (32), les congés fériés (40), les congés additionnels (41) et les congés de perfectionnement (09) sont attribués à l’avance selon le maximum annuel possible et selon l’information au dossier de l’optométriste. Ces crédits seront calculés précisément à la fin de la période de référence et feront l’objet du prochain bilan.

La valeur des autres congés vient du « solde à reporter » des congés de l’année du bilan.

Ex. : La valeur des vacances annuelles (02) vient du « solde à reporter » des vacances anticipées (32) de l’année du bilan.

Exemple du Bilan des avantages sociaux (sections 1 à 9)

HDB3R01 HD64359 -LHDB3U/HDB3		RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT BILAN DES AVANTAGES SOCIAUX		DATE AA-10-23	PAGE 1
NOM :	JEAN	①	NUMÉRO : 0-00000-0		
PRÉNOM :		②	Période de référence du AA-05-01 au AA-04-30		
ADRESSE :	DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE ALLEE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7	③	Statut des crédits et du bilan : FINAL		
⑤	⑥	⑦	④	Date de départ : 00-00-00	
			⑧		⑨
			AA-AA ***** ANNÉES DE RÉFÉRENCE *****		
	CODE	UNITÉS	CRÉDITS CONSOMMÉS	PAYÉS R.A.M.Q.	SOLDE À REPORTER AA-AA CRÉDITS
Vacances					
Vacances reportées		Jours			
Vacances annuelles		Jours			→
Vacances anticipées		Jours			→
Férié					
Congé férié		Jours			→
Perfectionnement					
Perfectionnement		Jours			→
Perfectionnement reporté		Jours			→
Message :	Ayant reçu votre première facturation du mois de mai de la nouvelle année de référence nous considérons avoir reçu toute votre facturation pour l'année terminée. Nous estimons donc que ces résultats sont finaux.				
Préparé par :	Le service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires.				
	Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec un représentant du Centre d'assistance aux professionnels				
				Québec	418 643-8210
				Montréal.....	514 873-3480
				Ailleurs au Québec	1 800 463-4776 (Sans frais d'interurbain)

1.5 État de la facturation

Pour de plus amples renseignements sur l'*État de la facturation*, voir l'[annexe V du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#).

1.5.1 Sections 1 à 12

1. Numéro d'inscription du professionnel à la RAMQ.
2. Nom et adresse postale fournis par le professionnel pour l'envoi de son courrier.
3. Information concernant les avis de service ou les contrats du professionnel pour la période de référence :
 - Le numéro d'établissement du contrat;
 - La date de début;
 - La date de fin;
 - Les heures hebdomadaires;
 - Le territoire de tarification.
4. La période de référence pour laquelle est réalisé l'état de facturation. Elle s'étend toujours du 1^{er} mai d'une année au 30 avril de l'année suivante.
5. Les années de service accumulées, selon les fichiers de la RAMQ, **à la fin** de la période de référence précédente ou au début de la période courante.
6. Section regroupant les différentes moyennes de traitement hebdomadaire utilisées durant la période (référence à l'annexe des avantages sociaux).
7. Valeur de la moyenne journalière et période durant laquelle elle est utilisée.
8. Désignation du type de la moyenne du traitement hebdomadaire .
9. Période durant laquelle ont été sélectionnées les semaines nécessaires au calcul de la moyenne.
10. Maximum admissible des heures de base et de garde pour le calcul de la moyenne.
11. Total des heures cumulées pour le calcul de la moyenne.
12. Détail des semaines sélectionnées pour le calcul de la moyenne.
 - 12.1 Le numéro d'établissement où les heures ont été facturées.
 - 12.2 La date du dimanche de la semaine sélectionnée.
 - 12.3 Les heures de base et de garde cumulées pour la semaine dans l'établissement.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple de l'État de la facturation (sections 1 à 12)

HDB2R01 HD54359L-HDB2U/HDB2		RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC		DATE AA-06-14	PAGE 1	
RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT						
ÉTAT DE LA FACTURATION						
ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA-20AA						
①	NUMÉRO :	0-00000-0				
②	NOM :	UNTEL				
	PRÉNOM :	JEAN				
	ADRESSE :	DOCTEUR JEAN UNTEL 1125, GRANDE ALLÉE OUEST QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 1E7				
		NUMÉRO ÉTABLIS.	DATE DÉBUT	DATE FIN	HEURES/ SEMAINE	CODE DE RÉGION
		90552	AA1203		35,00	A
④	***PÉRIODE DE RÉFÉRENCE***	Du AA-05-01 au AA-04-30				
⑤	*** ANNÉES DE SERVICE ***	Années de service reconnues au AA-04-30: 12,78				
⑥	***TRAITEMENT HEBDOMADAIRE***					
⑦	Moyenne pour la période du AA-05-01 au AA-09-15:	7,00	Type de la moyenne du traitement hebdomadaire: Moyenne des congés maternité/invalidité (art. 1.12)			
⑨	⑩	⑪				
** RECHERCHE **		MAXIMUM DES HEURES ADMISSIBLES		TOTAL DES HEURES CUMULÉES		
DÉBUT	FIN	BASE	GARDE	BASE	GARDE	
AA0429	AA1105					
Semaines sélectionnées:						
⑫.1	⑫.2	⑫.3				
ÉTABLIS.	SEMAINE	HEURES BASE	HEURES GARDE	SEMAINE	HEURES BASE	HEURES GARDE

1.5.2 Sections 13 à 16

13. Conciliation des soldes de temps supplémentaire de début et de fin de période.
 - 13.1 Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de l'année de référence précédente.
 - 13.2 Total des heures supplémentaires accumulées durant la période de référence.
 - 13.3 Total des heures supplémentaires accumulées qui ont été remises en temps ou payées durant la période de référence.
 - 13.4 Solde du temps supplémentaire accumulé non remis en temps et impayé à la fin de la période de référence ou jusqu'à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
14. Détail du solde de temps supplémentaire à la fin de la période, par établissement et par date d'accumulation.
 - 14.1 Numéro de l'établissement où le temps supplémentaire a été accumulé.
 - 14.2 Date du samedi de la période de facturation où le temps supplémentaire a été accumulé, sauf pour la dernière semaine de l'année de référence, où le samedi est remplacé par le 30 avril.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

1. Demande de paiement – Rémunération à honoraires fixes et salariat (1216) et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

- 14.3** Date limite pour reprendre en temps les heures accumulées. Au-delà de cette date, les heures non remises seront payées au professionnel.
 - 14.4** Total des heures supplémentaires accumulées pour la période de facturation.
 - 14.5** Solde par période de facturation; heures accumulées moins les heures remises en temps.
 - 14.6** Total du temps supplémentaire accumulé, non remis en temps et non payé, à la dernière période de facturation paraissant au sommaire de la facturation.
- 15.** Cette section paraît si le professionnel a bénéficié de congés sans rémunération au cours de la période de référence. On y voit la description du congé, le code de congé et les dates de début et de fin du congé.
- 15.1** La durée du congé indique, lorsque cela s’applique, si le congé sans traitement est partiel ou total.
 - 15.2** Les heures de prolongation indiquent, dans le cas d’un congé partiel sans traitement, le nombre d’heures de présence au travail.
- 16.** Sommaire des crédits de congés et de leur consommation. On y montre les crédits de congés, en jours ou en heures, selon le cas, dont le professionnel dispose au début de la période de référence, la consommation cumulée à la date de la dernière période de facturation présente sous la rubrique *Sommaire de la facturation* et le solde à ce même moment.

Exemple de l'état de la facturation (sections 13 à 16)

HDB2R01	HD54359L-HDB2U/HDB2	RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS À HONORAIRES FIXES ET SALARIAT ÉTAT DE LA FACTURATION ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 20AA -20AA	DATE AA-06-14 PAGE 2	
NUMÉRO : 0-00000-0				
NOM : UNTEL				
PRÉNOM : JEAN				
13 *** SOMMAIRE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE ***				
13.1	13.2	13.3	13.4	
SOLDE AU 29 AVRIL AA	ACCUMULATION	REMISE	SOLDE AU 28 AVRIL AA	
14 ACCUMULATION PAR ÉTABLISSEMENT ET DATE MAXIMUM POUR REMISE :				
14.1	14.2	14.3	14.4	14.5
ÉTABLISSEMENT	DATE ACCUMULATION	DATE MAXIMUM POUR REMISE	HEURES ACCUMULÉES	SOLDE
15 *** CONGÉ SANS RÉMUNÉRATION ***				14.6
Pour la période de référence du AA-05-01 au AA-04-30:				15.1
DESCRIPTION	CODE	DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE DU CONGÉ
Congé parental	60	AA0918	AA1124	15.2
16 *** SOMMAIRE DES CRÉDITS DE CONGÉS ET DE CONSOMMATION ***				HEURES PROLONGATION
POUR L'ANNÉE DE COMPTABILISATION : 2000-2001				
DESCRIPTION	CODE	UNITÉ DES CRÉDITS	CRÉDITS	CONSOMMATION
Vacances annuelles				SOLDE
Vacances anticipées				
Congé férié annuel/férié en période d'invalidité				
Perfectionnement				
Perfectionnement reporté				

2 DEMANDE DE PAIEMENT – REMUNERATION A TARIF HORAIRE, HONORAIRES FORFAITAIRES ET VACATION (1215) ET DOCUMENT COMPLEMENTAIRE – CONSIDERATION SPECIALE (1944)

2.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les optométristes admissibles au paiement selon le mode du tarif horaire la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215).

La RAMQ n'accepte plus la demande de paiement en version papier. Elle peut être remplie et transmise par le service en ligne [Facturation – Formulaires](#) de la RAMQ. Un guide de remplissage est disponible dans ce service en ligne.

L'optométriste qui utilise un logiciel de facturation reconnu pour la transmission par le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet* (TIP-I) peut utiliser le formulaire dynamique accessible sous l'onglet [Formulaires](#). Le formulaire peut être rempli et imprimé afin d'être transmis à l'agence de facturation.

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

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de remboursement ou de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour**, en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar** (\$).

2.2 Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) – Description du formulaire

La demande de paiement comporte 13 sections :

1. Numéro de contrôle externe;
2. Identité de l'optométriste ayant rendu les services assurés;
3. Désignation de l'établissement où les services ont été rendus;
4. Période de facturation;
5. Quantième;
6. Indication des activités et des heures effectuées;
7. Total des heures travaillées;
8. C. S. (Considération spéciale);
9. Renseignements complémentaires;
10. Nombre de documents annexés;
11. Frais de déplacement (**ne s'applique pas**);
12. Signature du professionnel ou du mandataire;
13. Attestation de l'établissement.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)
et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Formulaire Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
1

DEMANDE DE PAIEMENT
Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
 l'assurance maladie
Québec

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

ÉTABLISSEMENT NOM 3	NUMÉRO	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE 4												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">DÉBUTANT LE DIMANCHE</th> <th colspan="3">SE TERMINANT LE SAMEDI</th> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td> <td>ANNÉE</td><td>MOIS</td><td>JOUR</td> </tr> </table>	DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI			ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
DÉBUTANT LE DIMANCHE			SE TERMINANT LE SAMEDI											
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR									

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 9

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

HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE 11	
--	--

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS. 12	
DATE: ANNÉE MOIS JOUR	

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES
LA PERSONNE INSCRITE AU RÉGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RAMQ QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. 13	
DATE: ANNÉE MOIS JOUR	

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 202 1005

Remarque :

La partie supérieure gauche comporte un espace afin que l'optométriste puisse inscrire un numéro de contrôle externe à 4 chiffres. Il paraît dans toute correspondance relative à la demande de paiement visée.

2.2.1 Rédaction de la demande de paiement

2.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de paiement à remplir par l'optométriste et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

2.2.1.2 Section 2

Identité de l'optométriste ayant rendu les services assurés

Les renseignements relatifs à l'identité de l'optométriste sont les suivants :

- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **NUMÉRO DU GROUPE** : le numéro de groupe (il s'agit d'un numéro de compte administratif attribué par la RAMQ, si l'optométriste désire recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels).

2.2.1.3 Section 3

Désignation de l'établissement où les services assurés ont été rendus

Dans cette section, l'optométriste doit inscrire :

- le nom complet de l'établissement;
- le numéro de l'établissement (5 chiffres).

2.2.1.4 Section 4

Période de facturation

La période à laquelle s'applique la demande de paiement couvre **7 jours consécutifs** à partir du dimanche jusqu'au samedi suivant pour une semaine conventionnelle. Pour les périodes exactes, voir les [Calendriers des périodes de facturation](#).

Exemple pour les sections 1 à 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE 1 0 0 2 1		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec					
PROFESSIONNEL 2 PRÉNOM PIERRE		NOM UNTEL		N° DU PROFESSIONNEL 3 8 9 9 9 9 4		N° DU GROUPE 		C.S. 		NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS 	
ÉTABLISSEMENT 3 NOM Institut de réadaptation en déficience physique de Québec					NUMÉRO 1 0 1 1 3		PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE 4				
			DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE MOIS JOUR A A 1 0 1 6			SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE MOIS JOUR A A 1 0 2 2					

Remarque : Le numéro de contrôle externe à 4 chiffres paraît dans toute correspondance liée à la demande de paiement visée.

2.2.1.5 Section 5

Quantième

Cette section permet à l'optométriste d'indiquer la date du jour où les services ont été rendus. Ce quantième est exprimé en utilisant un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.

2.2.1.6 Section 6

Indication des activités et des heures effectuées

Cette section, qui comporte 15 lignes ou 45 périodes de référence, permet à l'optométriste d'indiquer les heures effectuées au cours de la période de facturation pour lesquelles il est rémunéré à tarif horaire.

Les éléments suivants doivent être indiqués :

– **Mode de rémunération :**

TH, qui correspond à *tarif horaire*.

Le mode de rémunération est requis sur la 1^{re} ligne de service. Il est appliqué automatiquement aux lignes de service subséquentes jusqu'au changement suivant.

– **Plage horaire :**

L'optométriste indique par un crochet ou un « X » dans quelle période de la journée les services ont été rendus. La journée indiquée par le quantième se divise en 4 périodes qui sont les suivantes :

Nuit :	de 0 h à 7 h
Avant-midi (AM) :	de 7 h à 12 h
Après-midi (PM) :	de 12 h à 19 h
Soir :	de 19 h à 24 h

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

Exceptions :

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

Exemple 1

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Plage horaire

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	X		

Heures travaillées : 5,5 h

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

Exemple 2

Heure de début : 7 h

Heure de fin : 12 h 30

Heure de début : 13 h

Heure de fin : 16 h 30

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)
et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

NUIT	A.M.	P.M.	SOIR
	x		
		x	

Heures travaillées : 5 h

Heures travaillées : 4 h

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

– Code d'activité

Le code d'activité est composé de 6 chiffres.

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

Pour la nomenclature complète des codes d'activité et leur description, voir la section [Description des codes d'activités](#).

– Secteur de dispensation (secteur disp.)

S. O.

– Heures travaillées

Inscrire le nombre d'heures travaillées de 4 chiffres.

Toute fraction d'heure doit être inscrite en centième. Ainsi, 3 heures et 45 minutes s'inscrivent 03,75.

2.2.1.7 Section 7

Total des heures travaillées

Inscrire la somme des heures pour l'ensemble des activités.

Selon l'exemple choisi, le total des heures travaillées est de 30 heures.

2.2.1.10 Section 10

Nombre de documents annexés

Cette case doit être utilisée **uniquement** pour indiquer le **nombre** de documents complémentaires, de pièces justificatives, etc. annexés à la demande de paiement. Voir la section [Expédition](#) pour l'envoi.

2.2.1.11 Section 11

Frais de déplacement

S. O.

2.2.1.12 Section 12

Signature du professionnel ou du mandataire

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

L'optométriste ou son mandataire doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande de paiement sont exacts :**

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

2.2.1.13 Section 13

Attestation de l'établissement

– **Prénom et nom en lettres moulées :**

La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement doit inscrire son prénom et son nom en lettres moulées dans les cases appropriées.

– **La personne inscrite au Registre des signataires autorisés de la RAMQ qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts :**

La demande de paiement doit être **datée et signée à la main** par un signataire autorisé par l'établissement dans les cases appropriées.

Guide de facturation – Honoraires fixes, tarif horaire et mesures incitatives

2. Demande de paiement – Rémunération à tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215)
et Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

Exemple pour les sections 8 à 13

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTÉRIEUR _____		DEMANDE DE PAIEMENT Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation				Régie de l'assurance maladie Québec	
PROFESSIONNEL PRÉNOM _____ NOM _____		N° DU PROFESSIONNEL _____	N° DU GROUPE _____	C.S. (8) A	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS (10)		
ÉTABLISSEMENT NOM _____ NUMÉRO _____			PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE				
			DÉBUTANT LE DIMANCHE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____	SE TERMINANT LE SAMEDI ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____			

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____

(9)

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

HEURES DE DÉPLACEMENT NOMBRE _____	(11)
---------------------------------------	------

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES Pierre	NOM EN LETTRES MOULÉES Untel	DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ A ₁ A ₁ 1 ₀ 2 ₁ 4
--	---------------------------------	--

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES Jacques	NOM EN LETTRES MOULÉES Responsable	DATE ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ A ₁ A ₁ 1 ₀ 2 ₁ 5
--	---------------------------------------	--

LE FORMULAIRE DOIT COMPORTER LES DEUX SIGNATURES. LE MÉDECIN OU LE MANDATAIRE DOIT
 EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.

1215 202 1945

2.2.2 Expédition

Lorsque vous utilisez le service en ligne *Facturation – Formulaires*, votre responsable d'autorisation transmet la demande de paiement à la RAMQ.

Lorsque vous utilisez le système *Télécommunication des informations de paiement – Internet (TIP-I)*, l'agence de facturation transmet la demande de paiement à la RAMQ. Vous devez remettre une copie à l'établissement et vous ou votre agence devez conserver pendant 5 ans une copie portant les 2 signatures en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Selon le service facturé, certaines pièces justificatives doivent être fournies à la RAMQ avec la demande de paiement. Selon le logiciel de facturation utilisé, la demande de paiement peut aussi prendre la forme d'un document de facturation ou une autre forme.

Pour facturer un service ou un congé et **fournir les pièces justificatives** afférentes, vous devez :

- transmettre la demande de paiement par le service en ligne *Facturation – Formulaires* ou le document de facturation par votre logiciel de facturation reconnu par la RAMQ;
- imprimer la demande de paiement ou le document de facturation nécessitant l'ajout de pièces justificatives;
- inscrire sur chacune des pièces justificatives afférentes le numéro de professionnel et le numéro de contrôle externe (NCE) qui paraît sur la demande de paiement ou le document de facturation;
- transmettre à la RAMQ la demande de paiement ou le document de facturation avec les pièces justificatives correspondantes.

Vous pouvez faire parvenir ces documents à la RAMQ de l'une ou l'autre des façons ci-dessous.

Par la poste

La demande de paiement ou le document de facturation et les pièces justificatives correspondantes doivent être transmis dans une même enveloppe à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 643-7585

2.2.3 Description des codes d'activité

002030 Services cliniques

002032 Rencontres multidisciplinaires

002140 Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie

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

002142 Participation à des activités de formation en basse vision rendues dans un des établissements énumérés à l'[annexe VII du Manuel des optométristes – Entente et tarifs](#)

2.3 Document complémentaire – Considération spéciale (1944)

1. **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**
Inscrire le prénom et le nom complets de l'optométriste qui a rendu les services;
2. **NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :** Inscrire le numéro d'inscription de l'optométriste attribué par la RAMQ (7 chiffres);
3. **NUMÉRO DU GROUPE :** Inscrire le numéro de groupe correspondant au numéro de compte administratif (individuel ou collectif) assigné par la RAMQ, si l'optométriste désire que le paiement soit fait à ce compte administratif selon les dispositions de l'entente en vigueur;
4. **NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT :**
Inscrire le numéro figurant dans le coin supérieur gauche de la demande de paiement correspondante. Lorsque le document complémentaire est relatif à un groupe de demandes de paiement, inscrire tous les numéros des demandes concernées et joindre une copie à chaque demande de paiement;
5. **NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE :**
Ne rien inscrire;
6. **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :**
Ne rien inscrire;
7. **DATE DU SERVICE :** Inscrire la date à laquelle le service a été rendu. S'il y a plus d'une date, l'inscrire à la section 8;
8. **PARTIE RÉSERVÉE AUX EXPLICATIONS :**
Indiquer les raisons motivant une demande de considération spéciale. Le document doit être signé par l'optométriste lui-même et, s'il y a lieu, par le signataire autorisé pour l'établissement.

Assurance maladie Québec

1. NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
2. NUMÉRO D'INSCRIPTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
3. NUMÉRO DU GROUPE
4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
5. NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE
6. NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
7. DATE DU SERVICE

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

SPÉCIMEN

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

Remarque : Ce document ne doit pas être utilisé comme une demande de paiement ou une demande de révision, mais uniquement comme un complément à une demande de paiement à laquelle il doit être joint par un trombone (ne pas agraffer).

3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES (3336)

3.1 Avant-propos

La RAMQ met à la disposition de tous les optométristes qui sont admissibles au ressourcement en territoires désignés de l'[annexe XII](#) le formulaire [Demande de remboursement des mesures incitatives \(3336\)](#). Les coordonnées complètes pour le transmettre sont indiquées à la section 3.2.2 de ce guide.

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

Chaque type de mesure incitative (ressourcement, primes d'éloignement, frais de déménagement, frais de sortie) doit faire l'objet d'une demande de remboursement séparée.

Il est important de ne jamais écrire au verso de la demande de remboursement ou de paiement et de remplir le formulaire en lettres moulées.

Toute erreur ou omission (date, code, etc.) peut entraîner une annulation de la demande de remboursement ou de paiement.

Vous devez inscrire les dates selon le système international, c'est-à-dire selon le format **année, mois, jour**, en utilisant toujours 2 chiffres.

Ainsi, il faut écrire le 15 juin 20AA comme suit : AA-06-15.

Les montants demandés doivent être inscrits **sans le symbole de dollar (\$)**.

3.2 Demande de remboursement des mesures incitatives (3336) – Description du formulaire

La demande de remboursement comporte 9 sections :

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Numéro de contrôle externe; | 5. Déménagement; |
| 2. Professionnel; | 6. Sortie; |
| 3. Ressourcement et perfectionnement; | 7. Déplacement; |
| 4. Prime d'éloignement; | 8. Renseignements complémentaires; |
| | 9. Signature du professionnel |

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES		
(1) NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		
PROFESSIONNEL		
NOM (2)		PRÉNOM
N° DU PROFESSIONNEL		
ENDROIT DE PRATIQUE OU LOCALITÉ		N° DE L'ÉTABLISSEMENT CODE DE LOCALITÉ
		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT ANNÉE MOIS JOUR
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT		
JOUR QUANTIÈME (3)	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7	PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)		
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)		TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATION HORATAIRE
PRIME D'ÉLOIGNEMENT		
PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR (4)		ANNÉE MOIS JOUR AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS <input type="checkbox"/>
		MONTANT DEMANDÉ
DÉMÉNAGEMENT		
DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR (5)		LOCALITÉ DE DÉPART CODE DE LOCALITÉ
		LOCALITÉ D'ARRIVÉE CODE DE LOCALITÉ
		MONTANT DEMANDÉ
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR AU
		ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIME(1)
DEMANDE D'AVANCE (Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)		DATE ANNÉE MOIS JOUR MONTANT DE L'ESTIME(2)
SORTIE		
PÉRIODE DU ANNÉE MOIS JOUR (6)		ANNÉE MOIS JOUR NOMBRE DE PERSONNES AVANT EFFECTUÉ LA SORTIE
		Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.
DÉPLACEMENT		
TYPE DE VÉHICULE (7)	DATE ANNÉE MOIS JOUR	MOYEN DE TRANSPORT NOMBRE DE KM (AUTO)
		LOCALITÉ DE DÉPART LOCALITÉ D'ARRIVÉE
		MONTANT DEMANDÉ
1- Ressourcement ou perfectionnement 2- Sortie 3- Déménagement		1- Auto 2- Auto 3- Taxi 4- Autres
		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
(8)		
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.		SIGNATURE (9)
		DATE ANNÉE MOIS JOUR
3336 202 19/05 TRANSMETTEZ À LA RAMQ UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.		

Remarque :

Les 4 chiffres que vous inscrivez comme numéro de contrôle externe dans la partie supérieure gauche du formulaire servent de référence pour toute correspondance relative à la demande de remboursement.

3.2.1 Rédaction de la demande de remboursement

3.2.1.1 Section 1

Numéro de contrôle externe

Le numéro de contrôle externe (NCE) figure sur la demande de remboursement à remplir par l'optométriste et doit être composé de 4 chiffres compris entre 1000 et 9998. Un NCE différent doit être inscrit sur chacune des demandes transmises afin de faciliter le suivi et les communications avec la RAMQ.

3.2.1.2 Section 2

Professionnel

Les renseignements relatifs à l'identité de l'optométriste sont les suivants :

- **NOM** : le nom de famille au complet;
- **PRÉNOM** : le prénom usuel au complet;
- **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : le numéro d'inscription à la RAMQ (7 chiffres);
- **ENDROIT DE PRATIQUE** : le nom et le numéro d'établissement ou le nom et le code de la localité du lieu de pratique;
- **DATE** : la date de début de pratique à cet endroit.

3.2.1.3 Section 3

Ressourcement et perfectionnement

À remplir pour le remboursement des frais de ressourcement ou de perfectionnement.

Remarque : L'optométriste à honoraires fixes qui utilise le solde de ses jours de perfectionnement au cours de sa première année d'exercice et qui facture l'allocation forfaitaire et des frais de déplacement doit l'indiquer dans la section 8. *Renseignements complémentaires*.

- **Quantième** :
Date représentée par un nombre à 2 chiffres de 1 à 31.
- **Période** :
Date de début et date de fin de la période couverte par le séjour.
- **Rémunération** :
Inscrire 1 ou 0,5 selon qu'il s'agit d'une journée entière ou d'une demi-journée seulement. Selon le cas, l'optométriste reçoit son traitement ou l'indemnité à laquelle il a droit.
- **Allocation forfaitaire** :
Montant demandé par jour en compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais); inscrire le montant prévu à l'Entente.
- **Montant demandé** :
Inscrire la somme des montants demandés pour l'allocation forfaitaire.

Si le séjour compte plus de 7 jours, utiliser un second formulaire et inscrire la référence à la demande de remboursement qui contenait les pièces justificatives. Pour les frais de déplacement, voir la [Section 6](#).

3.2.1.4 Section 4

Prime d'éloignement

Section à remplir pour le premier versement de la prime. Par la suite, les autres montants seront versés automatiquement. Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit la fin du trimestre.

- **Les trimestres** se répartissent comme suit :
 - 1^{er} : mai, juin, juillet;
 - 2^e : août, septembre, octobre;
 - 3^e : novembre, décembre, janvier;
 - 4^e : février, mars, avril.
- **Période :**
Elle couvre au moins dix mois consécutifs à partir de la date de début de pratique du professionnel dans le secteur.
- **Avec ou sans dépendants :**
Inscrire un « x » dans la case appropriée.
- **Montant demandé :**
Montant correspondant à celui prévu à l'Entente selon le secteur de pratique et la présence ou non de dépendants.

Exemple pour les sections 1 à 4

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE		1		DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES MESURES INCITATIVES						
1 0 0 0										
PROFESSIONNEL 2										
NOM UNTEL				PRÉNOM Marie				N° DU PROFESSIONNEL 3234567		
ENDROIT DE PRATIQUE		OU LOCALITÉ		N° DE L'ÉTABLISSEMENT		DATE DE DÉBUT DE PRATIQUE À CET ENDROIT				
						ANNÉE MOIS JOUR				
						2 0 A A		0 5 0 1		
RESSOURCEMENT ET PERFECTIONNEMENT 3										
JOUR	01	02	03	04	05	06	07	PÉRIODE DU		
QUANTIÈME	11	12	13	14	15			ANNÉE	MOIS	JOUR
								2 0 A A	0 2 1 1	
RÉMUNÉRATION (1 jour ou 0,5 jour)	1	1	1	1	1			AU		
								2 0 A A	0 2 1 5	
ALLOCATION FORFAITAIRE (Montant demandé par jour)	217	217	217	217	217			TOTAL DEMANDÉ POUR L'ALLOCATION FORFAITAIRE		
								1 085 00		
PRIME D'ÉLOIGNEMENT 4										
PÉRIODE	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	<input checked="" type="checkbox"/> AVEC DÉPENDANTS <input type="checkbox"/> SANS DÉPENDANTS		MONTANT DEMANDÉ	
DU	2 0 A A	1 0 0 1		AU	2 0 A A	1 2 3 1			2 138 25	

3.2.1.5 Section 5

Déménagement

Cette section comprend 3 parties : date de déménagement, frais d'entreposage et demande d'avance.

– **Date du déménagement**

Localité de départ : Localité où le professionnel était domicilié.

Code de localité

Localité d'arrivée : Localité où le professionnel s'installe.

Code de localité

Montant demandé : Montant demandé pour les frais de déménagement.

– **Frais d'entreposage**

Période du : Période pendant laquelle les biens du professionnel sont entreposés. Utiliser une demande de remboursement par tranche de 12 mois.

Montant demandé

– **Demande d'avance**

Date : Date à laquelle la demande d'avance est effectuée.

Montant de l'estimé (1) : Montant de la première évaluation des coûts de déménagement.

Montant de l'estimé (2) : Montant de la deuxième évaluation des coûts de déménagement.

Remarque : Le montant de l'avance sera déduit du montant payé pour les frais de déménagement.

3.2.1.6 Section 6

Sortie

Section à remplir pour le remboursement des frais rattachés à une sortie.

La section 7. *Déplacement* devra être également remplie.

– **Période** :

Date de début et date de fin de la période couverte par la sortie.

– **Nombre de dépendants** :

Indiquer le nombre de personnes qui ont effectué la sortie.

Remarque : Inscrire le nom, le prénom, la date de naissance et le lien de tous les dépendants qui ont effectué la sortie dans la section 8. *Renseignements complémentaires*.

Exemple pour les sections 5 et 6

DÉMÉNAGEMENT 5											
DATE DU DÉMÉNAGEMENT			LOCALITÉ DE DÉPART				CODE DE LOCALITÉ				
ANNÉE	MOIS	JOUR					66546				
2	0	A									
A	1	1					CODE DE LOCALITÉ				
0	3						69761				
LOCALITÉ D'ARRIVÉE						MONTANT DEMANDÉ					
						5 000 00					
FRAIS D'ENTREPOSAGE		PÉRIODE DU		ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR	MONTANT DEMANDÉ
DEMANDE D'AVANCE				DATE		MONTANT DE L'ESTIMÉ(1)		MONTANT DE L'ESTIMÉ(2)			
(Le montant de l'avance sera déduit du montant demandé)											
SORTIE 6											
PÉRIODE			ANNÉE			MOIS			JOUR		
DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR	NOMBRE DE PERSONNES AYANT EFFECTUÉ LA SORTIE			Inscrivez, dans la section « Renseignements complémentaires », les nom, prénom, date de naissance et lien des dépendants qui ont effectué une sortie.	
	2	0	A	1	2	0	8	1	2		1
	A	1	2	0	8						

3.2.1.7 Section 7

Déplacement

À remplir pour demander le remboursement de frais de déplacement occasionnés par un séjour de ressourcement, de perfectionnement, une sortie ou un déménagement.

– **Type de mesure :**

Indiquer le numéro correspondant à la mesure incitative à laquelle les frais de déplacement se rattachent :

- 1 = Ressourcement ou perfectionnement
- 2 = Sortie
- 3 = Déménagement

Remarque : Si les frais de déplacement sont reliés à un séjour de perfectionnement, utiliser le code « 1 » et indiquer dans la section 8. *Renseignements complémentaires* qu'il s'agit de perfectionnement.

Date :

Date du déplacement (format année/mois/jour)

– **Moyen de transport :**

Moyen de transport utilisé :

- 1 = Auto (joindre un reçu d'essence ou de stationnement)
- 2 = Avion
- 3 = Taxi
- 4 = Autres

– **Nombre de km (automobile) :**

Distance unidirectionnelle, nombre de kilomètres parcourus en automobile.

– **Localité de départ/Localité d'arrivée**

– **Montant demandé**

– **Total des frais de déplacement**

3.2.1.8 Section 8

Renseignements complémentaires

- Inscrire dans cette section tous les renseignements utiles pour le règlement de la demande de remboursement ainsi que les renseignements relatifs aux dépendants qui ont effectué la sortie, le cas échéant.

3.2.1.9 Section 9

Signature du professionnel (à remplir obligatoirement)

La demande de remboursement doit être **datée et signée à la main** par l'optométriste dont le nom figure à la **section 2** ou par son mandataire.

Remarque : La demande de remboursement doit être accompagnée de l'original des pièces justificatives (veuillez en conserver une copie pour votre dossier).

Exemple pour les sections 7 à 9

DÉPLACEMENT ⑦									
TYPE DE MESURE	DATE			MOYEN DE TRANSPORT	NOMBRE DE KM (AUTO)	LOCALITÉ DE DÉPART	LOCALITÉ D'ARRIVÉE	MONTANT DEMANDÉ	
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
2	20	A	A	1	1218	Fermont	Montréal	1 047,48	
1= Ressourcement ou perfectionnement 2= Sortie 3= Déménagement				1= Auto 2= Avion 3= Taxi 4= Autres		TOTAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT		1 047,48	
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ⑧									
UNTEL, Louis				conjoint					
UNTEL, Jules		20AA-03-07		fils					
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL ⑨									
J'atteste que les renseignements inscrits sur la présente demande sont exacts.				SIGNATURE		DATE		ANNÉE MOIS JOUR	
				<i>Marie Untel</i>					
3336 292 19/05 TRANSMETTEZ À LA RAMQ UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT VOTRE SIGNATURE ET CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS. JOIGNEZ TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINALES.									
Régie de l'assurance maladie Québec									

3.2.2 Expédition

L'optométriste doit transmettre à la RAMQ une copie portant une signature et conserver pendant 5 ans une copie en vue d'effectuer la conciliation avec les états de compte et de répondre aux demandes de renseignements que la RAMQ peut requérir.

Lors de l'impression des formulaires à partir du site Web de la RAMQ, 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.

L'optométriste doit joindre les pièces justificatives originales signées ou une photocopie de celles-ci à la demande de remboursement.

Il est important d'affranchir suffisamment et de ne pas oublier d'inscrire le nom et l'adresse de l'expéditeur dans le coin supérieur gauche.

Les demandes de remboursement concernant les mesures incitatives doivent être transmises à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 500, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7B4

3.2.3 Liste des localités

La [liste des localités](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

4 PAIEMENT A HONORAIRES FIXES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, l'optométriste doit soumettre sa demande de paiement dûment remplie dans les **90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

Les renseignements inscrits dans cette section s'adressent aux optométristes rémunérés à **honoraires fixes**.

4.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines, sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre de l'optométriste traitant.

Le virement automatique 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 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

4.2 Délai de paiement

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

Si une demande de paiement ne figure pas sur les états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.

4.3 Facturation informatisée

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport, accessible en télécommunication, liste les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger les demandes de paiement sur lesquelles figurent des erreurs de facturation et refacturer les services le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

4.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le [Guide des échanges entre les agences de facturation et la Régie de l'assurance maladie du Québec](#).

4.4 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

4.4.1 Description

L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de paiement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

4.4.1.1 Renseignements généraux

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

- NOM** : Les nom et prénom de l'optométriste.
- N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro de l'optométriste ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
- N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
- N° DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.
- DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre **P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
- N° DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
- PAGE** : La pagination se 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.
- NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par l'optométriste ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

ÉTAT DE COMPTE

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NO DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-09-26 (P)	0R-04	001
UNTEL	ROBERT	0-00000-0 00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-16 (T)	0R-04	002

1 UNTEL ROBERT
1125 RUE FICTIF
QUÉBEC QC
G1K 7T3

9

2

3

4 Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :
Québec :(418) 643-8210
Montréal :(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) : ...1 800 463-4776

5

6

7

8

SOMMAIRE

VOIR AU VERSO

Remarque :

Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

4.4.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Description des gains :** Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier, congé rémunéré, etc.).
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ^①			
LES LETTRES PAIEMENT/RECouvreMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.			
PAIEMENTS ET RETENUS ^②			
PAIEMENTS			
	DP ou facture payée	0,00	
	TOTAL DU PAIEMENT		0,00
RETENUES			
	Modif. facture ou relevé	0,00	
	Cotisation synd.	0,00	
	TOTAL DES RETENUES		0,00
MONTANT NET			0,00
DESCRIPTION DES GAINS ^③			
		0,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ^④			
	Cotisation synd.	0,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ^⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
90	Ajustements spéciaux de révision.		

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

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



ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	
UNTEL ROBERT	0-00000-0	0000	00000000 V	20AA-04-18	

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
20AA-04-07 (T)		002
20AA-03-28 (P)	OR-16	DE 002

N° DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	8a	MESSAGES			REVISION	
								1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a				9a	10a
DÉTAIL DU PAIEMENT HONORAIRES FIXES ET SALARIAT												
ACTIVITÉS												
<p>REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</p> <p align="right">FIN DU RELEVÉ</p>												

OR344 4702 306 09/04

VOIR AU VERSO

4.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels l'optométriste est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

4.5 Règlement des demandes de paiement

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par l'optométriste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande de paiement paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle.**

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction **TRA 02, 10** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, il y a 2 façons de procéder :

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

Seuls les services ayant fait l'objet d'un refus doivent être refacturés **dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement.**

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

- b) RÉVISION : **Faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 4.6.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction **TRA 03, 05** ou **20** paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

4.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, l'optométriste doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis dans **un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre **B** dans la case C. S. de la nouvelle demande de paiement et préciser **le numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée ainsi que **la date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case *RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

4.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

L'optométriste qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 4.6.

4.6 Demande de révision

L'optométriste souhaitant que la RAMQ révise une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

L'optométriste souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 60 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la demande de paiement (voir le paragraphe 13.02 de l'Entente). **Par contre, pour être uniforme avec les autres ententes des professionnels de la santé, le délai accordé par la RAMQ est de 90 jours.**

Pour toute demande de révision, L'optométriste doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

4.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

4.7 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que l'optométriste souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#).

4.8 Liste des codes de transaction

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif.

La [liste des codes de transaction](#) (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

4.9 Liste des messages explicatifs

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

4.10 Calendriers des dates limites et de paiement

Les [Calendriers des dates limites et de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.

5 PAIEMENT A TARIF HORAIRE

Pour avoir le droit d'être rémunéré par la RAMQ, l'optométriste doit soumettre sa demande de paiement **dûment remplie dans les 90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu**.

Les renseignements inscrits dans cette section s'adressent aux optométristes rémunérés à **tarif horaire**.

5.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre de l'optométriste traitant ou d'un tiers autorisé par ce professionnel à recevoir le paiement.

Le virement automatique 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 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

5.2 Délai de paiement

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

Si une demande de paiement ne figure pas sur les états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.

5.3 Facturation informatisée

En facturation informatisée, un **rapport d'erreurs de facturation** est disponible dès le jour ouvrable suivant la transmission de la télécommunication.

Ce rapport d'erreurs, accessible en télécommunication, liste les erreurs de forme des données et de contenu obligatoire (erreurs de facturation).

L'agence peut donc aussitôt corriger les demandes de paiement sur lesquelles figurent des erreurs de facturation et refacturer les services le plus tôt possible, souvent avant la fin de la même période de paiement.

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

5.3.1 Retour d'erreurs à l'agence

Les informations concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le [Guide des échanges entre les agences de facturation et la Régie de l'assurance maladie du Québec](#).

5.4 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

5.4.1 Description

L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de paiement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

5.4.1.1 Renseignements généraux

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

- NOM** : Les nom et prénom de l'optométriste.
- N° DU PROFESSIONNEL** : Le numéro de l'optométriste, ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
- N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
- N° DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.
- DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
- DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre **P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet* ou *par télécommunication*.
- N° DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
- PAGE** : La pagination se 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.
- NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par l'optométriste ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

ÉTAT DE COMPTE

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NO DU PAIEMENT	PAGE								
NOM	UNTEL ROBERT	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	0-00000-0	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	00000	NO DU CHÈQUE OU VIREMENT	00000000 V	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-10-07	DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	20AA-09-26 (P) 20AA-09-16 (T)	NO DU PAIEMENT	OR-04	PAGE	001 DE 002

1 UNTEL ROBERT
1125 RUE FICTIF
QUÉBEC QC
G1K 7T3

2 3 4 5 6 7 8

9

SOMMAIRE

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :

Québec :(418) 643-8210
Montréal :(514) 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) :1 800 463-4776

Remarque :
Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

5.4.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues :**
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. **Description des gains :** Les sommes versées par la RAMQ y sont réparties selon la nature et la durée des diverses activités rémunérées (temps régulier).
4. **Déductions cumulatives**
5. **Description des codes de transaction (TRA)**

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ^①			
LES LETTRES PAIEMENT/RECOUVREMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.			
PAIEMENTS ET RETENUS ^②			
PAIEMENTS			
DP ou facture payée		0,00	
TOTAL DU PAIEMENT			0,00
RETENUES			
Modif. facture ou relevé		0,00	
Cotisation synd.		0,00	
TOTAL DES RETENUES			0,00
MONTANT NET			0,00
DESCRIPTION DES GAINS ^③			
		0,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ^④			
Cotisation synd.		0,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ^⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
90	Ajustements spéciaux de révision.		

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

5.4.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels l'optométriste est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de paiement ou, en facturation informatisée, son document de facturation signé, afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

5.5 Règlement des demandes de paiement

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

5.5.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par l'optométriste. La demande de paiement figure à l'état de compte sans code de transaction.

5.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

Toute demande de paiement accompagnée du code de transaction **TRA 05** est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande de paiement paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction **avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle**.

5.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, la rectification d'honoraires figure à l'état de compte suivie du code de transaction **TRA 02, 10** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

5.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02, 10, 11** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, il y a 2 façons de procéder :

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

Seuls les services ayant fait l'objet du refus doivent être refacturés **dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifié le refus de paiement**.

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

- b) RÉVISION : **Faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, il y a lieu de contester la décision de la RAMQ ou de fournir des explications additionnelles à l'appui de la demande. Voir la section 5.6.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction **TRA 03, 05** ou **20** paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

5.5.5 Annulation d'une demande de paiement

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, l'optométriste doit **soumettre une nouvelle demande de paiement comportant tous les renseignements requis dans un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement.**

IMPORTANT : Inscrire la lettre **B** dans la case **C. S.** de la nouvelle demande de paiement et préciser le **numéro d'identification** de la demande de paiement qui a été annulée ainsi que la **date de l'état de compte** sur lequel il figure dans la case **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

5.5.6 Modification d'une demande de paiement payée

L'optométriste qui désire modifier des éléments sur une demande de paiement déjà payée ne doit pas soumettre une nouvelle demande, mais doit plutôt présenter une demande de révision. Voir la section 5.6.

5.6 Demande de révision

L'optométriste souhaitant que la RAMQ révise une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

L'optométriste souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 60 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la demande de paiement (voir le paragraphe 13.02 de l'Entente). **Par contre, pour être uniforme avec les autres ententes des professionnels de la santé, le délai accordé par la RAMQ est de 90 jours.**

Pour toute demande de révision, l'optométriste doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

5.6.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

5.7 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que l'optométriste souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#).

5.8 Liste des codes de transaction

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif.

La [liste des codes de transaction](#) (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

5.9 Liste des messages explicatifs

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

5.10 Calendriers des dates limites et de paiement

Les [Calendriers des dates limites et de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.

6 PAIEMENT – MESURES INCITATIVES

Pour avoir droit d'être rémunéré par la RAMQ, l'optométriste doit soumettre sa demande de remboursement **dûment remplie dans les 90 jours suivant la date à laquelle le service assuré a été rendu.**

6.1 Mode de paiement

Le paiement est effectué toutes les 2 semaines sous forme de virement automatique ou de chèque délivré à l'ordre de l'optométriste traitant.

Le virement automatique 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 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excédera ce montant.

6.2 Délai de paiement

La RAMQ effectue le paiement des demandes dûment remplies dans les 45 jours suivant leur réception.

Si une demande de remboursement ne figure pas sur les états de compte dans les 45 jours suivant son envoi à la RAMQ, elle doit être resoumise dans les 90 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus.

6.3 État de compte

Un état de compte est produit lors de chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la RAMQ.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde est différent de zéro.

6.3.1 Description

L'état de compte comporte les renseignements généraux, le sommaire et le détail des demandes de remboursement qui font l'objet de transactions en page 2 et subséquentes.

6.3.1.1 Renseignements généraux

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

1. **NOM** : Les nom et prénom de l'optométriste.
2. **NUMÉRO DU PROFESSIONNEL** : Le numéro de l'optométriste ainsi que son chiffre-preuve (7 chiffres).
3. **NUMÉRO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT** : Le numéro de compte administratif ou de l'établissement. Pour les finances personnelles, aucun numéro n'est inscrit.
4. **NUMÉRO DU CHÈQUE OU VIREMENT** : Le numéro du chèque ou du virement automatique correspondant au montant net de l'état de compte. Dans le premier cas, la lettre **C** figure entre parenthèses et dans le second cas, la lettre **V**.

5. **DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE** : Cette date correspond à celle du chèque. Le virement automatique est effectué à la première heure du deuxième jour suivant la date de paiement, excluant les jours de fin de semaine.
6. **DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU** : Les demandes de paiement reçues à la RAMQ jusqu'à ces dates limites figurent sur l'état de compte. Le mode de réception est indiqué comme suit : la lettre **P** pour *papier* ou **T** pour *par Internet ou par télécommunication*.
7. **N° DU PAIEMENT** : Ce numéro peut occasionnellement servir de référence.
8. **PAGE** : La pagination se 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.
9. **NOM ET ADRESSE** : Le nom et l'adresse postale fournis par l'optométriste ou le mandataire pour l'envoi des états de compte. Cette information est présente uniquement sur la première page de l'état de compte.

ÉTAT DE COMPTE

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

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE					DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	NO DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NO DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NO DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-09-26 (P)	OR-04	001
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07	20AA-09-16 (T)		DE 002

1 UNTEL ROBERT
1125 RUE FICTIF
QUÉBEC QC
G1K 7T3

9

2

3

4

5

6

7

8

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à :

Québec :(418) 643-8210

Montréal :(514) 873-3480

Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) :1 800 463-4776

SOMMAIRE

OR341 - 4702 092007 VOIR AU VERSO

Remarque : Cet exemple illustre l'état de compte. Il est reproduit de façon partielle.

6.3.1.2 Sommaire

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

1. **Messages généraux**
2. **Paiements et retenues** :
 - total des montants payés par type de transaction;
 - montant de la retenue syndicale et de toute autre déduction, s'il y a lieu;
 - montant net payé.
3. Description des gains : Mesures incitatives.
4. Déductions cumulatives
5. Description des codes de transaction (TRA)

SOMMAIRE			
MESSAGES GÉNÉRAUX ^①			
LES LETTRES PAIEMENT/RECouvreMENT SONT MAINTENANT EXPÉDIÉES DANS VOTRE MESSAGERIE SÉCURISÉE. POUR LES RECEVOIR PAPIER, MODIFIER VOTRE DOSSIER EN LIGNE.			
PAIEMENTS ET RETENUS ^②			
PAIEMENTS			
	DP ou facture payée	0,00	
	TOTAL DU PAIEMENT		0,00
RETENUES			
	Modif. facture ou relevé	0,00	
	Cotisation synd.	0,00	
	TOTAL DES RETENUES		0,00
MONTANT NET			0,00
DESCRIPTION DES GAINS ^③		0,00	
DÉDUCTIONS CUMULATIVES ^④			
	Cotisation synd.	0,00	
DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA) ^⑤			
(AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé ou facture réglée au montant préliminaire.			
90	Ajustements spéciaux de révision.		

OR341 4702 306 09/94

VOIR AU VERSO

6.3.1.3 Demandes de remboursement qui font l'objet d'une transaction – Sections 1a à 10a

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a. N° DE LA DEMANDE :** Numéros de contrôle externe des demandes de remboursement des frais de mesures incitatives, par ordre croissant.
- 2a. DATE DE RÉCEPTION :** Date à laquelle la demande de remboursement des frais de mesures incitatives a été reçue à la RAMQ. Cette date est exprimée selon la forme *année, mois, jour* (ex. : AA0122, c'est-à-dire AA pour 20AA, 01 pour janvier et 22 pour le quantième).
- 3a. CODE TRA :** Numéros se référant à la nature de la transaction **TRA**.
- 4a. NATURE DU MONTANT :** Libellé décrivant sommairement le montant payé ou rectifié.
Type de mesure, soit :
 - déménagement;
 - prime d'éloignement;
 - ressourcement;
 - sortie.

Élément de mesure, soit :

- allocation forfaitaire;
- autres frais;
- demande d’avances;
- déménagement;
- déplacement;
- prime d’éloignement;
- frais d’entreposage;
- rémunération.

- 5a. TEMPS/KILOM.** : Le nombre d’heures (H), de journées (J) ou de kilomètres (K) payés ou rectifiés.
- 6a. MONTANT** : Le montant du paiement ou de la révision. Un sommaire de paiement paraît au début de l’état de compte et comprend le total de la rémunération.
- 7a. RÉF. DEM.** : Le numéro de référence auquel correspond la facturation sur la demande de remboursement.
- 8a. MESSAGES** : Les numéros de messages explicatifs appropriés (pour les mesures incitatives, le texte figure sur l’état de compte).
- 9a. RÉVISION ANTÉRIEURE** : Le nombre d’heures ou de jours ou le montant payé avant révision.
- 10a. RÉVISION NOUVELLE** : Le nombre d’heures ou de jours ou le montant payé après révision.



ÉTAT DE COMPTE

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE			
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-11-06 (T)		002			
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	20AA-11-17		20AA-10-27 (P)	OR-46	DE 002			
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA.	NATURE DU MONTANT	TEMPS/ KILOM.	MONTANT	RÉF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
			DETAIL DU PAIEMENT MESURES INCITATIVES								
<p>REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE</p> <p align="center">FIN DU RELEVÉ</p>											
<p align="right">VOIR AU VERSO</p>											

OR344 4702 306 09/04

6.3.2 Vérification des paiements

Les états de compte doivent être vérifiés dès leur réception en raison des délais de facturation auxquels l'optométriste est soumis. Il doit conserver ses exemplaires de demandes de remboursement afin de lui permettre de les concilier avec ses états de compte.

6.4 Règlement des demandes de remboursement

Les demandes de remboursement dûment remplies sont évaluées par la RAMQ.

6.4.1 Paiement autorisé tel que demandé

Dans ces cas, le montant payé par la RAMQ correspond à celui demandé par l'optométriste. La demande de remboursement figure à l'état de compte sans code de transaction.

6.4.2 Demandes de remboursement en cours de traitement

Toute demande de remboursement accompagnée du code de transaction TRA 05 est en cours de traitement. Vous devez attendre que la demande paraisse sur un état de compte subséquent accompagnée d'un autre code de transaction avant d'en demander la révision ou d'en soumettre une nouvelle.

6.4.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la RAMQ est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le type et l'élément de mesure figurent à l'état de compte suivis du code de transaction **TRA 02** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

6.4.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de remboursement figure à l'état de compte, suivi du code de transaction **TRA 02** ou **22** et du code de message explicatif approprié.

Dans ce cas, **faire une demande de révision**, s'il y a lieu de contester la décision de la RAMQ, et fournir des explications à l'appui de la demande ou les pièces justificatives requises. Voir la section 6.5.

6.4.5 Annulation d'une demande de remboursement

Toute demande de remboursement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de remboursement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction **TRA 04** et du code de message explicatif approprié.

Pour être payé, l'optométriste doit **soumettre une nouvelle demande de remboursement** comportant tous les renseignements requis dans **un délai de 90 jours suivant la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande**.

6.4.6 Modification d'une demande déjà payée

L'optométriste qui désire modifier des éléments ou des types de mesure déjà payés ne doit pas soumettre une nouvelle demande de remboursement, mais doit plutôt présenter une demande de révision.

6.5 Demande de révision

L'optométriste souhaitant que la RAMQ révisé une demande de paiement refusée en tout ou en partie peut le faire en demandant une révision à la RAMQ.

L'optométriste souhaitant faire modifier ou annuler une demande de paiement payée doit aussi demander une révision à la RAMQ.

Le délai pour demander une révision est de 60 jours à partir de la date du dernier état de compte sur lequel paraît la demande de paiement (voir le paragraphe 13.02 de l'Entente). **Par contre, pour être uniforme avec les autres ententes des professionnels de la santé, le délai accordé par la RAMQ est de 90 jours.**

Pour toute demande de révision, l'optométriste doit remplir le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#) et l'expédier à l'adresse indiquée sur les instructions de remplissage du formulaire.

6.5.1 Correspondance de la RAMQ à la suite d'une demande de révision

Lorsque nous vous transmettons une demande de renseignements ou une lettre explicative en lien avec votre demande de révision, vous les recevez dans votre messagerie sécurisée. Consultez-la régulièrement. Si votre messagerie sécurisée n'est pas active, vous recevrez notre correspondance par la poste. **Pour recevoir des notifications, fournissez-nous votre adresse courriel.**

De plus, afin de vous permettre de mieux identifier les correspondances reçues en lien avec une révision, nous avons créé 3 objets dans votre messagerie sécurisée :

- Réponse à votre demande;
- Demande de renseignement;
- Explication d'une révision RAMQ.

Puisque ces correspondances ne sont pas transmises à votre agence de facturation, il est de votre responsabilité de les lui faire suivre lorsque cela est nécessaire.

6.6 Demande d'annulation

Les demandes de paiement payées que l'optométriste souhaite annuler doivent faire l'objet d'une demande d'annulation avec le formulaire [Demande de révision ou d'annulation \(1549\)](#).

6.7 Liste des codes de transaction

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement par un code **TRA** et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé par un code de message explicatif.

La [liste des codes de transaction](#) (TRA) est accessible sur le site de la RAMQ.

6.8 Messages explicatifs

La [liste des messages explicatifs](#) est accessible sur le site de la RAMQ.

6.9 Calendriers des dates limites et de paiement

Les [Calendriers des dates limites et de paiement](#) sont accessibles sur le site de la RAMQ.

7 DEMANDE DE FACTURATION HORS DELAI

Exceptionnellement, l'optométriste peut demander à la RAMQ de lui permettre de soumettre une demande de paiement après le délai de 90 jours. Il doit alors lui démontrer qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt. Pour faire cette demande, voir la page [Facturation hors délai](#) du site Web de la RAMQ.

8 NOUS JOINDRE

Consultez la page [Nous joindre](#) du site Web de la RAMQ.