

Une demande doit être complétée pour chaque personne de 18 ans et plus.

Section 1 DEMANDE DE RÉVISION

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Assurance maladie (CONSULTEZ L'ANNEXE A) | 7. <input type="checkbox"/> Stomisés permanents |
| 2. <input type="checkbox"/> Assurance médicaments (CONSULTEZ L'ANNEXE B) | 8. <input type="checkbox"/> Prothèses mammaires externes |
| 3. <input type="checkbox"/> Ressources intermédiaires | 9. <input type="checkbox"/> Orthèses, prothèses, fauteuils roulants |
| 4. <input type="checkbox"/> Adultes hébergés | 10. <input type="checkbox"/> Aide domestique |
| 5. <input type="checkbox"/> Services médicaux hors Canada | 11. <input type="checkbox"/> Aides auditives, aides visuelles ou prothèses oculaires |
| 6. <input type="checkbox"/> Services médicaux au Canada (à l'extérieur du Québec) | 12. <input type="checkbox"/> Lymphœdème |

Si votre demande concerne une autorisation de paiement pour un médicament d'exception ou porte sur des soins reçus au Québec, vous ne devez pas utiliser ce formulaire. Dans ces cas, veuillez communiquer avec votre médecin ou le Service à la clientèle de la Régie.

Section 2 RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR			Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Adresse Numéro		Rue		Appartement				
Localité			Code postal		État matrimonial		Numéro d'assurance maladie	

Section 3 MOTIF DE LA DEMANDE

Veillez expliquer pourquoi vous faites une demande de révision et fournir tous les documents utiles. (Référez-vous à l'annexe concernée.)

Date de la décision contestée : ANNÉE MOIS JOUR	Numéro de dossier :
--	---------------------

Si vous avez dépassé le délai de 6 mois prévu pour demander la révision d'une décision de la Régie, veuillez indiquer les raisons qui justifient ce retard.

Section 4 AUTORISATION ET DÉCLARATION

Si vous avez coché la **case 1 de la section 1** - Vous autorisez la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec toute personne ou tout organisme qui a délivré un des documents fournis afin de recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de votre admissibilité à l'assurance maladie ou de celle de la personne que vous représentez.

Si vous avez coché la **case 2 de la section 1** - Vous autorisez la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer, entre autres, avec les employeurs, syndicats, ordres ou associations professionnels ou assureurs concernés afin de recueillir les seuls renseignements nécessaires à la détermination de votre admissibilité au régime public d'assurance médicaments ou de celle de la personne que vous représentez.

Si vous avez coché une des **cases 3 à 12 de la section 1** - Vous autorisez la Régie de l'assurance maladie du Québec à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements nécessaires. Si ces renseignements ne sont pas fournis gratuitement, vous acceptez qu'ils soient obtenus à vos frais.

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer avec toute personne ou tout organisme mentionnés plus haut, pour recueillir les seuls renseignements nécessaires au traitement de la demande.

Signature du demandeur

X

Date

ANNÉE

MOIS

JOUR

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature du demandeur

X

Numéro de téléphone (jour)

Date

ANNÉE

MOIS

JOUR

Avant de retourner le formulaire, assurez-vous que toutes les sections à remplir l'ont été et qu'il est signé.

RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT :

Si vous faites la demande pour une autre personne que vous, indiquez à quel titre vous la faites :

Père : Mère : Autre : Précisez et annexe une procuration ou un mandat _____

Nom de famille du représentant

Prénom du représentant

Adresse
Numéro

Rue

Appartement

Numéro de téléphone (jour)

Localité

Code postal

Veillez envoyer votre demande de révision à l'adresse suivante :

Direction de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour une information plus détaillée, consultez notre site.

www.ramq.gouv.qc.ca

ANNEXE A

DEMANDE DE RÉVISION - ASSURANCE MALADIE (Vous avez coché la **case 1 de la section 1** du formulaire)

Les documents fournis servent à appuyer votre demande de révision pour la période concernée par la contestation. Vous devez vous assurer que tous les renseignements utiles tels nom et prénom, dates et signatures, sont bien inscrits sur vos documents.

Exemples de documents attestant **votre présence** ou **domicile** au Québec :

- Bail d'habitation (copie de toutes les pages);
- Acte d'achat d'une propriété résidentielle (copie de toutes les pages);
- Affirmation solennelle ou déclaration assermentée du propriétaire ou du locataire confirmant que vous résidez à l'adresse déclarée;
- Facture ou état de compte de téléphone, d'électricité ou de câblodistribution;
- Compte de taxes municipales ou scolaires;
- Preuve d'assurance de dommages aux biens;
- Relevé de comptes bancaires ou de cartes de crédit;
- État de versement de prestations gouvernementales (allocations familiales, Sécurité de la vieillesse...);
- Attestation d'inscription scolaire délivrée par un établissement d'enseignement;
- Attestation de l'employeur au Québec, contrat de travail, attestation d'embauche;
- Permis de conduire québécois, certificat d'immatriculation;
- Déclaration de revenus;
- Billet d'avion, preuve d'assurance voyage;
- Passeport canadien et/ou étranger (copie de toutes les pages);
- Déclaration en détail des effets personnels complétée pour l'Agence des services frontaliers du Canada;
- Preuve de fin de couverture par l'assurance maladie d'une autre province;
- Liste des séjours effectués à l'extérieur du Québec ou à venir (dates exactes de départ et de retour au Québec) ainsi que le ou les motifs des séjours.

Si vous séjournez à l'extérieur du Québec à titre **d'étudiant**, de **stagiaire**, de **travailleur** ou de **coopérant**, veuillez consulter notre site Internet afin de connaître les documents à fournir.

Pour une information plus détaillée ou concernant d'autres situations,
consultez notre site.

www.ramq.gouv.qc.ca

ANNEXE B

DEMANDE DE RÉVISION - ASSURANCE MÉDICAMENTS

(Vous avez coché la **case 2** de la **section 1** du formulaire)

Assurez-vous de joindre tous les documents requis pour l'analyse de votre demande.

Si votre situation est l'une de celles énumérées ci-dessous, il est recommandé de faire la démarche associée avant de présenter une demande de révision :

- Si vous désirez obtenir un remboursement de vos médicaments achetés dans les trois mois précédant la date où vous avez communiqué avec la Régie pour vous inscrire au régime public : communiquez avec votre pharmacien ou avec le Service à la clientèle de la Régie;
- Si vous contestez votre contribution au régime public étant donné le Supplément de revenu garanti (SRG) que vous recevez ou avez reçu : communiquez avec Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC);
- Si vous contestez votre contribution au régime public étant donné les prestations d'assistance-emploi que vous recevez ou que vous avez reçues : communiquez avec le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS).

Important

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit une protection de base en tenant compte de la situation familiale : votre situation, celle de votre conjoint et celle des enfants.

Définitions

Conjoint

Une personne, de sexe opposé ou de même sexe, avec qui vous :

- Êtes marié ou uni civilement;
- Faites vie commune depuis 12 mois (toute rupture de moins de 90 jours n'interrompt pas la période de 12 mois);
- Faites vie commune (peu importe la durée de l'union) et avez eu ou adopté ensemble un enfant.

Enfant

- Une personne âgée de moins de 18 ans et sur laquelle une personne exerce l'autorité parentale.
- Une personne, sans conjoint, âgée de 25 ans ou moins, domiciliée chez son père, sa mère ou son tuteur, qui fréquente ou qui est réputée fréquenter à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et sur laquelle une personne exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Renseignements requis

Vous devez indiquer dans la section 3 du formulaire ou sur une feuille signée en annexe les renseignements suivants :

- ◆ Les motifs de votre demande de révision;
- ◆ Les coordonnées complètes de votre **conjoint** actuel ainsi que celles de votre **conjoint** pendant la période concernée par la contestation, si celui-ci est différent de votre **conjoint** actuel :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro d'assurance maladie;
 - État matrimonial et date de l'évènement (marié, conjoint ou union de fait, séparé, divorcé ou veuf).
- ◆ Les coordonnées complètes de vos **enfants**, celles des **enfants** de votre **conjoint** actuel ainsi que celles des **enfants** de votre **conjoint** pendant la période concernée par la contestation, si celui-ci est différent de votre **conjoint** actuel :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro d'assurance maladie;
 - Adresse (si différente de la vôtre).
- ◆ La ou les périodes où vous (et votre **conjoint**, s'il y a lieu) étiez sans emploi. (ex. : en chômage, aux études, à la maison, etc.) pendant la période concernée par la contestation.

Documents à joindre à la demande de révision

Preuve de l'employeur

Pour chacun des emplois occupés par vous, votre ***conjoint*** actuel et votre ***conjoint*** pendant la période concernée par la contestation, vous devez fournir une lettre signée par chaque employeur contenant les éléments suivants :

- La date d'embauche et la date du dernier jour de travail, s'il y a lieu;
- Les dates du congé de maladie, du congé parental, du congé sans traitement ou de la retraite, s'il y a lieu;
- La confirmation qu'il offre ou non un régime d'assurance collective comportant la couverture médicaments de base. Si un tel régime est offert, le document doit préciser :
 - La ou les raisons pour lesquelles vous n'y êtes pas admissible;
 - ou
 - La durée du délai d'attente avant d'y avoir droit;
 - La date où vous y êtes devenu admissible et la date à laquelle vous y avez adhéré;
 - Le type de couverture choisie (individuelle, monoparentale ou familiale);
 - La date de fin de couverture, s'il y a lieu et la raison.

Preuve de l'association ou de l'ordre professionnels

Pour chaque association ou ordre professionnels dont vous, votre ***conjoint*** actuel et votre ***conjoint*** pendant la période concernée par la contestation, êtes ou étiez membres, vous devez fournir une lettre de l'association ou de l'ordre professionnels contenant les éléments suivants :

- La date d'adhésion à l'association ou de l'ordre professionnels et, s'il y a lieu, la date de démission;
- La confirmation que l'un ou l'autre de ces groupements offre ou non un régime d'assurance collective comportant la couverture médicaments de base. Si un tel régime est offert, le document doit préciser :
 - La ou les raisons pour lesquelles vous n'y êtes pas admissible;
 - ou
 - La durée du délai d'attente avant d'y avoir droit;
 - La date où vous y êtes devenu admissible et la date à laquelle vous y avez adhéré;
 - Le type de couverture choisi (individuelle, monoparentale ou familiale);
 - La date de fin de couverture, s'il y a lieu et la raison.

Preuve d'études

Les documents requis concernent les ***enfants*** âgés de 18 à 25 ans, aux études à temps complet et sans ***conjoint***. Pour chacun des ***enfants***, vous devez fournir :

- ◆ Une ou des attestations d'inscription à un programme d'études à temps plein où figurent le nombre d'unités et/ou le nombre d'heures de cours et/ou confirmant qu'il est aux études à temps plein, et ce, pour toute la période concernée par la contestation;
- ◆ Si l'étudiant occupe un ou des emplois, une lettre de chaque employeur contenant les renseignements énumérés à la section « Preuve de l'employeur » ci-dessus.

Pour une information plus détaillée, consultez notre site.

www.ramq.gouv.qc.ca