

Demande de renseignements complémentaires

Ce formulaire sert à faire une demande de remboursement pour des frais accessoires liés à des services médicaux, dentaires, optométriques ou pharmaceutiques. Il sert également à faire une demande de révision.

Demande de remboursement ou  Demande de révision ▶

Date de la décision initiale  
Année Mois Jour

**1. Renseignements sur la personne assurée qui a reçu les services**

|   |     |                                      |   |
|---|-----|--------------------------------------|---|
| Nom de famille à la naissance   |     | Numéro d'assurance maladie           |   |
| Prénom à la naissance   |     | Date de naissance<br>Année Mois Jour | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| <b>Adresse du domicile</b> (Si vous voulez nous aviser d'un changement d'adresse, lisez les directives au verso.) |     |                                      |   |
| Numéro  | Rue | Appartement                          |   |
| Ville   |     | Province                             | Code postal   |

**2. Renseignements sur le professionnel qui a fourni les services**

|  |        |                                    |
|--|--------|------------------------------------|
| Nom de famille   | Prénom | Numéro du professionnel (si connu) |
| Catégorie de professionnel<br><input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Médecin, spécialité :<br><input type="checkbox"/> Autre : |        |                                    |

**3. Lieu de dispensation des services reçus**

|  |     |             |
|--|-----|-------------|
| Nom du lieu de dispensation            |     |             |
| <b>Adresse du lieu de dispensation</b> |     |             |
| Numéro                                 | Rue |             |
| Ville                                  |     | Code postal |

**4. Renseignements sur les services reçus**

| Date            | Description des services reçus | Montants payés |
|-----------------|--------------------------------|----------------|
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |
| Année Mois Jour |                                |                |

**Veillez joindre à cette demande une photocopie des factures ou des reçus attestant que vous avez payé les services. Aucun document original vous sera retourné.**

Total ▶

## 5. Procuration (s'il y a lieu)

Je soussigné, \_\_\_\_\_,  
Nom de la personne assurée qui a reçu les services (en lettres majuscules)

autorise \_\_\_\_\_  
Nom du mandataire (en lettres majuscules)

à me représenter auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin de donner suite à la présente demande de remboursement. À cet effet, je permets à la RAMQ de lui communiquer les renseignements confidentiels contenus dans mon dossier dans la mesure où ceux-ci sont liés à cette demande.

Cette procuration prend effet à la date de la signature de la présente demande de remboursement et demeure valide pour une période indéterminée ou jusqu'au \_\_\_\_\_, à moins que le soussigné ne la révoque par écrit auprès de la RAMQ.

Nom de famille du représentant à la naissance

Prénom du représentant à la naissance

### Adresse du domicile du représentant

Numéro

Rue

Appartement

Ville

Province

Code postal

**X**

Signature de la personne assurée qui a reçu les services

Lieu

Date

## 6. Commentaires

## 7. Signature de la personne assurée ou de son représentant

Je certifie que les renseignements sur ce formulaire sont exacts et demande le remboursement des services inscrits à la section 4.

**X**

Signature de la personne assurée ou de son représentant

Date

## Coordonnées de la RAMQ

### Site Web

[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

### Numéros de téléphone

Québec : 418 646-4636

Montréal : 514 864-3411

Ailleurs au Québec : 1 800 561-9749

### Adresse postale

Régie de l'assurance maladie du Québec

C.P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

## Directives

Le présent formulaire sert à faire une demande de remboursement si vous croyez que des frais vous ont été facturés à tort pour des services :

- médicaux;
- dentaires;
- optométriques;
- pharmaceutiques (autres que médicaments).

Il sert aussi à faire une demande de révision si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de la RAMQ à la suite d'une telle demande de remboursement.

La RAMQ peut également l'utiliser pour vous demander des renseignements complémentaires liés à votre demande de remboursement.

Ce formulaire peut être utilisé pour **un seul professionnel de la santé** et **un seul lieu de dispensation**. Cependant, il peut être utilisé pour plusieurs services rendus à des dates différentes.

### Attention : Vous devez utiliser un autre formulaire dans les cas ci-dessous.

- Si vous désirez demander le remboursement de frais facturés par un hôpital, **adressez-vous à l'établissement concerné**.
- Si vous désirez demander le remboursement de frais relatifs à des services couverts obtenus à l'extérieur du Québec, remplissez le formulaire *Demande de remboursement* (1822), que vous trouverez sur notre site Web.
- Si vous désirez demander le remboursement de médicaments achetés en pharmacie, demandez au pharmacien de vous remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (3621).
- Pour des services médicaux : si vous désirez demander le remboursement de frais que vous avez dû assumer **parce que vous n'avez pas présenté votre carte d'assurance maladie ou que celle-ci était expirée**, demandez au médecin de vous remettre le formulaire *Demande de remboursement (carte expirée ou non présentée)* (4314).
- Pour des services dentaires : si vous désirez demander le remboursement de frais que vous avez dû assumer **parce que vous n'avez pas présenté votre carnet de réclamation ou votre carte d'assurance maladie, ou que l'un de ces documents était expiré**, demandez au dentiste de vous remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (2076).
- Pour des services optométriques : si vous désirez demander le remboursement de frais que vous avez dû assumer **parce que vous n'avez pas présenté votre carte d'assurance maladie ou que celle-ci était expirée**, demandez à l'optométriste de vous remettre le formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (2058).

### Section 1 – Renseignements sur la personne assurée qui a reçu les services

**Ce formulaire ne peut pas servir à effectuer un changement d'adresse.** Avant de le remplir, assurez-vous que votre changement d'adresse a été fait au Service québécois de changement d'adresse ([www.adresse.gouv.qc.ca](http://www.adresse.gouv.qc.ca)), car le chèque pourrait être envoyé à une ancienne adresse.

### Section 2 – Renseignements sur le professionnel qui a fourni les services

Si vous connaissez le numéro du professionnel de la santé qui vous a rendu les services, veuillez l'indiquer à l'endroit prévu à cet effet.

Si le professionnel de la santé en question est un médecin, indiquez sa spécialité à l'endroit prévu à cet effet (ex. : médecin de famille, chirurgien).

### Section 3 – Lieu de dispensation des services reçus

Veuillez indiquer le nom du lieu de dispensation (ex. : clinique) où les services ont été rendus.

#### **Section 4 – Renseignements sur les services reçus**

Vous disposez de cinq ans suivant la date d'un paiement effectué depuis le 7 décembre 2015 pour envoyer votre demande de remboursement à la RAMQ.

Pour chaque service, vous devez transmettre à la RAMQ une photocopie de la facture ou du reçu émis par le professionnel ou le lieu de dispensation, afin d'attester que vous avez payé pour celui-ci.

Si l'espace prévu à cette section est insuffisant, vous pouvez joindre un document détaillant les autres services pour lesquels vous désirez obtenir un remboursement. Ces services doivent avoir été rendus par le professionnel de la santé décrit à la section 2 dans le lieu de dispensation décrit à la section 3.

#### **Section 5 – Procuration (s'il y a lieu)**

Veillez remplir cette section si vous mandatez une autre personne pour vous représenter auprès de la RAMQ pour cette demande de remboursement. En tout temps, vous pourrez révoquer cette procuration par écrit auprès de la RAMQ.

Cette section n'a pas à être remplie par le parent d'un enfant mineur si c'est ce dernier qui a reçu les soins décrits à la section 4.

Si vous faites la demande pour une personne décédée, assurez-vous d'abord d'être inscrit en tant que son liquidateur testamentaire auprès de la RAMQ.

#### **Section 6 – Commentaires**

Si vous avez des commentaires additionnels à nous transmettre, vous pouvez le faire dans cette section.

Si l'espace prévu est insuffisant, vous pouvez joindre une lettre avec vos commentaires au présent formulaire.

Si vous utilisez ce formulaire pour demander une révision, vous pouvez nous transmettre les informations supplémentaires que vous jugerez pertinentes dans cette section.

#### **Section 7 – Signature de la personne assurée ou de son représentant**

Tous les champs de cette section sont obligatoires.