

Demande de révision ou d'annulation

Révision Annulation

1. Renseignements sur le dispensateur

Nom de famille		Prénom		N° d'inscription à la RAMQ	
Adresse de correspondance Numéro Rue					
Ville			Province		Code postal
Entente visée <input type="checkbox"/> Omnipraticiens <input type="checkbox"/> Spécialistes <input type="checkbox"/> Dentistes <input type="checkbox"/> Optométristes <input type="checkbox"/> Chirurgiens buccaux <input type="checkbox"/> Denturologistes					
Compte administratif (s'il y a lieu) Nom			Numéro		Mandataire/agence (s'il y a lieu) Nom

2. Renseignements sur la demande

A. Mode de rémunération

Acte Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation Honoraires fixes et salariat Rémunération mixte Assurance hospitalisation (services de laboratoire en établissement)

B. Précision sur la demande de paiement ou la facture RAMQ

Forfaits CNESST Facture liée à une demande de remboursement faite par la personne assurée

Précision sur la demande de remboursement

Frais de déplacement Assurance responsabilité Mesures incitatives Formation continue

C. Raison ▶ Indiquez d'abord les **codes de facturation** ou les **codes d'activité** qui concernent cette demande.
Expliquez la raison justifiant la demande de révision ou d'annulation et annexe les documents explicatifs.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande*.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

* Si l'espace est insuffisant, utilisez l'annexe.

3. Signature (dispensateur ou mandataire)

Nom de famille		Prénom		Téléphone		Poste	
Signature						Date	
						Année Mois Jour	

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.	Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
				Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ► Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

Annexe

N° d'inscription à la RAMQ

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

Annexe

N° d'inscription à la RAMQ

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

Annexe

N° d'inscription à la RAMQ

D. Référence ▶ Décrivez la ou les demandes de paiement ou de remboursement ou la ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

