Régie de l'assurance maladie Québec & &
1. Personne assuréeNom de famille à la naissand
Prénom

# Demande de remboursement

(médicaments et services pharmaceutiques)

(À L'USAGE DE LA RÉGIE)

Date

<b>C</b> 32 33 = =						NU	NUMÉRO DE CONTRÔLE INTERNE				
1. Personne assurée							.				
Nom de famille à la naissance							NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE				
Prénom								de service Année	Mois	Jour	
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour				Code de programme						
2. Professionnels											
Numéro de la pharmacie Num instri		Type de prescripteur Nom et initiale du prénom de			nom du p	u prescripteur					
3. Service											
Numéro d'ordonnance	Code de service	ode DIN¹		Nature expres.		Format acquis.		Quantité			
	'intervention ou d'e	xception Code justificatif	Date		ction de l'ordo			n de validité			
sérvice traitement				Année	Mois	Jour	Anr	née	Mois	Jour	
Indication thérapeutique Marg	e du grossiste					I		1 1			
Montant demandé (médicaments ou fournitures) <sup>2</sup>	Montant demande	é									
,	,	Sic	 onature di	ı nharma	cien visé à l'er	tente ou	de son m	 nandataire			
•		`	9	* p							
4. Adresse résidentielle	permanente de l	a personne assurée _						A			
Numéro Rue							Appartement				
Ville				)				Code p	ostal		
			Québec								
5. Adresse pour l'envoi d	lu chèque										
Même Personne responsable Institution responsable						_					
Numéro Rue									Appartement		
Ville			Province				Code p	ostal			
6. Signature de la persor	nne assurée ou c	de son représentant									
Si vous faites la demande pour une autre personne, indiquez à quel titre :					Téléphone au domicile Ind. rég.						
Père Mère /	Autre:				liiu. ieg.						
Nom de famille et prénom en lettres majuscules					Autre téléphone Ind. rég.			Po	Poste		
l		t averate et le demo	س ما مام		- manual don ou		tion	4 -			
Je certifie que les renseigr	iemenis ci-dessu	s sont exacts et je dema	inae ie re	mbours	ement des se	ervices i	mentioni	nes.			
X											

- S'il s'agit d'une préparation à composantes multiples, remplissez également la partie 7 du formulaire pour inscrire les ingrédients (au verso).
- 2. Le montant demandé (médicaments ou fournitures) doit inclure la marge du grossiste.

Signature de la personne assurée ou de son représentant

7. Ingrédients de la préparation à composantes multiples (s'il y a lieu) Indication thérapeutique Code DIN Format | Source | Quantité Code justificatif Marge du grossiste Montant demandé acquis. approv. (médicaments ou fournitures) Code DIN Format Source Quantité Code justificatif Indication Marge du grossiste Montant demandé acquis. approv. thérapeutique (médicaments ou fournitures)1 Source approv. Indication thérapeutique Code DIN Format Quantité Code justificatif Marge du grossiste Montant demandé acquis. (médicaments ou fournitures) Montant demandé Code DIN Format Source Quantité Code justificatif Indication Marge du grossiste acquis. thérapeutique (médicaments ou fournitures) Indication thérapeutique Source Code DIN Format Quantité Code justificatif Marge du grossiste Montant demandé acquis. approv. (médicaments ou fournitures) Marge du grossiste Code DIN Format Source Quantité Code justificatif Indication thérapeutique Montant demandé acquis. approv. (médicaments ou fournitures)1 Source approv. Indication thérapeutique Code DIN Quantité Code justificatif Marge du grossiste Montant demandé Format acquis. (médicaments ou fournitures) Indication thérapeutique Code DIN Source Code justificatif Montant demandé Format Quantité Marge du grossiste acquis. approv. (médicaments ou fournitures) Source approv. Code DIN Format acquis. Quantité Code justificatif Indication Marge du grossiste Montant demandé thérapeutique (médicaments ou fournitures) Source approv. Indication thérapeutique Format acquis. Code DIN Quantité Code justificatif Marge du grossiste Montant demandé (médicaments ou fournitures)<sup>1</sup>

<sup>1.</sup> Le montant demandé (médicaments ou fournitures) doit inclure la marge du grossiste.

### **Directives**

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie et à la Loi sur l'assurance médicaments, le pharmacien doit remplir ce formulaire lorsque des services couverts ont été fournis et que :

- la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou sa carte était expirée;
- le prestataire d'une aide financière avec carnet de réclamation n'a pas présenté son carnet de réclamation ou son carnet de réclamation était expiré;
- la personne admissible à l'assurance médicaments n'était pas inscrite à la Régie ou n'a pas mentionné au pharmacien y être inscrite.

Le pharmacien n'a pas à remplir ce formulaire si la personne assurée ne présente pas sa carte ou son carnet de réclamation dans l'un des cas ci-dessous :

- elle est âgée de moins d'un an;
- elle est âgée d'au moins 14 ans et de moins de 18 ans;
- · elle requiert des soins urgents;
- elle se trouve dans un autre cas prescrit par la Loi sur l'assurance maladie.

#### Directives au pharmacien

Pour que la personne assurée soit remboursée :

- ➤ Remplissez les sections 1, 2 et 3 en fournissant tous les renseignements demandés. Vous devez remplir un formulaire pour chaque service rendu et signer le formulaire à la section 3.
- ➤ Remettez le formulaire à la personne assurée. Conservez-en une copie pour la concilier avec l'état de compte et répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie.

Vous trouverez des renseignements supplémentaires sous l'onglet « Demande de remboursement » du Manuel des pharmaciens.

#### Directives à la personne assurée

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie et à la Loi sur l'assurance médicaments, vous pouvez demander un remboursement à la Régie pour les services couverts reçus :

- Dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu les services, lorsque vous n'avez pas présenté votre carte d'assurance maladie ou votre carnet de réclamation;
- Dans les trois mois suivant la date à laquelle vous avez reçu les services, lorsque vous n'avez pas mentionné au pharmacien être inscrit à la Régie;
- Dans les trois mois précédant votre inscription à la Régie, si vous étiez admissible à l'assurance médicaments.

Pour être remboursé :

- > Assurez-vous que le pharmacien a signé le formulaire et qu'il a lisiblement inscrit tous les renseignements requis aux sections 1, 2 et 3.
- ➤ Communiquez avec la Régie à l'un des numéros indiqués au bas de ce formulaire si :
  - vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie;
  - · votre carte d'assurance maladie est expirée;
  - vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais ne l'avez pas encore reçue;
  - · votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée;
  - vous n'êtes pas inscrit au régime public d'assurance médicaments;
  - vous êtes inscrit au régime public d'assurance médicaments, mais n'étiez pas admissible à un remboursement au moment de recevoir les services.
- ➤ Inscrivez votre numéro d'assurance maladie à la partie 1 si vous avez une carte d'assurance maladie valide, mais que vous ne l'avez pas présentée au pharmacien ou inscrivez votre numéro d'assurance maladie lorsque vous le recevrez de la Régie.
- ➤ Signez le formulaire à la section 6.
- ➤ Envoyez ce formulaire à la Régie à l'adresse postale qui figure ci-dessous. Conservez-en une copie pour mettre dans vos dossiers et répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie.

### - Renseignements importants

- ➤ Ce formulaire ne peut pas servir à effectuer un changement d'adresse. Assurez-vous que celui-ci a été fait au Service québécois de changement d'adresse au www.adresse.gouv.qc.ca, car le chèque pourrait être envoyé à une ancienne adresse.
- ➤ Pour les enfants de moins de 14 ans ou les personnes inaptes, le chèque est fait à l'ordre de l'enfant ou de la personne inapte et est adressé à l'un des parents ou au tuteur. Dans le cas d'une garde légale, il est délivré à la personne ou à l'institution qui en assume la garde.
- ➤ Si vous faites une demande au nom d'une personne décédée, le chèque est fait à l'ordre de la succession de la personne décédée.

## Coordonnées de la Régie -

Site Web 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

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3