

**Demande de remboursement**  
(médicaments et services pharmaceutiques)

(À L'USAGE DE LA RÉGIE)

1. <b>Personne assurée</b>		Numéro d'assurance maladie
Nom de famille à la naissance		
Prénom		
Date de naissance	Sexe	
Année      Mois      Jour	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	

NUMÉRO DE CONTRÔLE INTERNE
NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE
Date de service
Année      Mois      Jour
Code de programme

2. <b>Professionnels</b>				
Numéro de la pharmacie	Numéro du pharmacien instrumentant	Numéro du prescripteur	Type de prescripteur	Nom et initiale du prénom du prescripteur

3. <b>Service</b>									
Numéro d'ordonnance	Code de service	Code DIN <sup>1</sup>	Nbre de renouvel.	Nature expres.	Code de sélection	Format acquis.	Source approv.	Quantité	
Type de service	Durée de traitement	Code d'intervention ou d'exception	Code justificatif	Date de rédaction de l'ordonnance		Date de fin de validité de l'ordonnance			
				Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Indication thérapeutique		Marge du grossiste		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"> <p align="center">Signature du pharmacien visé à l'entente ou de son mandataire</p> </div>					
Montant demandé (médicaments ou fournitures)?		Montant demandé (frais de service)							

4. <b>Adresse résidentielle permanente de la personne assurée</b>		
Numéro	Rue	Appartement
Ville		Province
		Québec
		Code postal

5. <b>Adresse pour l'envoi du chèque</b>		
<input type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Personne responsable <input type="checkbox"/> Institution responsable	Nom et prénom ou raison sociale	
Numéro	Rue	Appartement
Ville		Province
		Code postal

6. <b>Signature de la personne assurée ou de son représentant</b>	
Si vous faites la demande pour une autre personne, indiquez à quel titre :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom de famille et prénom en lettres majuscules	
Téléphone au domicile Ind. rég.	Autre téléphone Ind. rég.
	Poste

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je demande le remboursement des services mentionnés.

**X** \_\_\_\_\_ Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant

1. 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.



## 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](http://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](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

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3