

SECTION DU PROFESSIONNEL

1. Renseignements sur le professionnel qui a rendu le service

| | | |
|----------------|--------|-------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Numéro du professionnel |
|----------------|--------|-------------------------|

2. Renseignements sur la personne assurée

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Nom de famille à la naissance | Numéro d'assurance maladie |
| Prénom à la naissance | Date de naissance Année Mois Jour |

3. Relevé d'honoraires pour les services couverts

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Date des services Année Mois Jour | Lieu de dispensation |
|--------------------------------------|----------------------|

| | | |
|---|--------|-------------------------|
| Professionnel en référence Nom de famille | Prénom | Numéro du professionnel |
|---|--------|-------------------------|

| Code de facturation | Description du service rendu | Montant perçu |
|---------------------|------------------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Total ▶

4. Signature du professionnel (Ce formulaire n'est pas une facture. Voyez les directives au verso.)

Je certifie avoir rendu les services inscrits à la section 3.

Signature du professionnel qui a rendu le service ou de son mandataire

SECTION DE LA PERSONNE ASSURÉE

5. Adresse du domicile (Si vous voulez nous aviser d'un changement d'adresse, voyez les directives au verso.)

| | | |
|--------|--------------------|-------------|
| Numéro | Rue | Appartement |
| Ville | Province Québec | Code postal |

6. Signature de la personne assurée ou de son représentant (Veuillez joindre une preuve de paiement. Voyez les directives au verso.)

| | |
|--|--|
| 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 : | Téléphone au domicile Ind. rég. |
| Nom de famille et prénom en lettres majuscules | Téléphone au travail Ind. rég. Poste |

Je certifie que les renseignements sur ce formulaire sont exacts et demande le remboursement des services inscrits à la section 3.

X

Signature de la personne assurée ou de son représentant

Directives

Conformément à l'article 13.3 de la Loi sur l'assurance maladie, le professionnel doit remplir ce formulaire lorsque la personne n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte est expirée.

Selon l'article 22 de la Loi, le professionnel 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.

La personne assurée :

- est âgée de moins d'un an;
- est âgée d'au moins 14 ans et de moins de 18 ans (sauf pour les services dentaires);
- requiert des soins urgents;
- est hébergée dans un centre de réadaptation, dans un centre d'accueil, dans un centre d'hébergement et de soins longue durée ou dans un centre hospitalier de soins de longue durée pour les autochtones cris;
- se trouve dans un autre cas prescrit par la Loi.

Directives au professionnel

Ce formulaire n'est pas une facture. Pour chaque demande de remboursement, vous devez transmettre à la RAMQ la facture liée à la demande de remboursement. Transmettez vos documents par le service en ligne FacturActe, un logiciel conforme et reconnu par la RAMQ, ou par une agence de facturation.

- Remplissez les sections 1 à 4 du formulaire.
- Inscrivez le numéro d'assurance maladie de la personne assurée si vous le connaissez.
- Inscrivez toujours la description du service rendu.
- Inscrivez une seule date pour les services rendus.
- Si votre système de facturation vous transmet un numéro de facture, inscrivez-le en haut à droite du formulaire, dans la case réservée à cet effet.
- **Signez le formulaire.**
- Remettez le formulaire à la personne assurée.

Vous trouverez des renseignements supplémentaires dans le *Guide de facturation – Rémunération à l'acte* au www.ramq.gouv.qc.ca.

Directives à la personne assurée

Conformément à l'article 14.2 de la Loi sur l'assurance maladie, vous pouvez demander un remboursement à la RAMQ uniquement dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu les services couverts.

- Assurez-vous que le professionnel a signé le formulaire et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis aux sections 1 à 4.
- Inscrivez votre numéro d'assurance maladie dans la section 2 si ce n'est déjà fait.
- Communiquez avec la RAMQ à l'un des numéros indiqués au bas de cette page 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.
- Remplissez les sections 5 et 6 du formulaire.
- **Signez le formulaire.**
- **Joignez une preuve démontrant que vous avez payé la totalité de la facture (ex. : reçu, ticket de caisse).**
- Envoyez ce formulaire à la RAMQ à l'adresse postale qui figure ci-dessous.

Renseignements importants

- **Ce formulaire ne peut servir à effectuer un changement d'adresse.** Assurez-vous que votre changement d'adresse 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 émis à l'ordre de la personne ou de l'institution qui en assume la garde.

Coordonnées de la RAMQ

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

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3