

1. Renseignements sur le professionnel

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

2. Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance maladie		
Diagnostic <input type="checkbox"/> CIM-9 <input type="checkbox"/> CIM-10		Date de naissance Année Mois Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Situation de la personne assurée (délai de carence)				

3. Renseignements sur les services couverts

Date de service Année Mois Jour		Lieu de dispensation		Précision/Secteur d'activité	
Code de facturation	Heure de début	Heure de fin	Élément de contexte	Élément de mesure	
Professionnel en référence			Lieu en référence		

4. Signature du professionnel

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

Signature du professionnel ou de son mandataire

Réservé à la RAMQ

<input type="checkbox"/> Recevable	<input type="checkbox"/> Non recevable : _____
<input type="checkbox"/> Conforme	<input type="checkbox"/> Non conforme : _____

Directives

Un professionnel de la santé désengagé exerce en dehors du régime d'assurance maladie, mais il accepte d'être rémunéré aux tarifs fixés dans son entente. La personne assurée doit elle-même demander à la RAMQ le montant des honoraires du professionnel qui lui a rendu des services. **Le professionnel ne peut exiger un paiement de la personne assurée avant qu'elle ait été payée par la RAMQ.**

Vous devez remplir ce formulaire lorsque la personne assurée :

- a présenté une carte d'assurance maladie valide;
- requiert des soins urgents;
- se trouve dans un autre cas prescrit par la Loi.

Directives pour le professionnel

Ce formulaire n'est pas une facture.

Un formulaire incomplet ou illisible ne sera pas traité et vous sera retourné.

Pour les instructions de facturation et pour les codes de facturation à utiliser, consultez vos manuels et guides de facturation, disponibles sur le site Web de la RAMQ, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

- Section 1 : Inscrivez votre nom, votre prénom, votre rôle et votre numéro de professionnel.
- Section 2 : Inscrivez le nom, le prénom et, obligatoirement, le NAM de la personne admissible qui a reçu les soins.
Inscrivez le code de diagnostic en spécifiant la version de la classification utilisée, soit CIM-9 ou CIM-10.
Inscrivez la situation de la personne assurée soumise au délai de carence, si requis.
- Section 3 : Inscrivez une seule date de service et précisez-en l'heure.
Inscrivez le lieu où les services ont été rendus et une précision ou le secteur d'activité.
Vous devez vous conformer aux instructions de facturation se trouvant dans vos manuels pour remplir les autres champs (élément de contexte, élément de mesure, professionnel en référence, lieu en référence, etc.). Si des champs obligatoires sont laissés en blanc, le formulaire ne sera pas traité et vous sera retourné.
Inscrivez le numéro du professionnel en référence ou le lieu en référence, si requis.
- Section 4 : **Signez le formulaire.**
- Remettez le formulaire à la personne assurée.

Directives pour la personne assurée

- Présentez votre carte d'assurance maladie du Québec valide.
- Présentez votre carnet de réclamation valide, le cas échéant.
- Assurez-vous que votre adresse inscrite à la RAMQ est à jour. Le chèque sera envoyé à cette adresse.
- Postez ce formulaire à l'adresse qui figure ci-dessous.

Renseignement important

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 au profit de la personne ou de l'institution qui en assume la garde.

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

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3