

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 | | | Heure de service | Lieu de dispensation | Précision/Secteur d'activité |
|--|------|---------|---------------------|----------------------|--|
| Code de facturation | Dent | Surface | Élément de contexte | | Élément de mesure |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Professionnel en référence | | | Lieu en référence | | Date de l'autorisation de la prothèse Année Mois Jour |

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

Recevable Non recevable : _____

Conforme 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;
- est âgée de moins de 10 ans à la date du service;
- est prestataire d'une aide financière de derniers recours et est admissible aux services dentaires;
- requiert des soins urgents en situation de délai de carence.

Directives pour le professionnel

Ce formulaire n'est pas une facture.

Un formulaire incomplet, illisible ou comportant des codes de facturation autres que ceux présents dans l'entente relative à l'assurance maladie entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et votre association 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.
Inscrivez uniquement les codes de facturation se trouvant dans votre manuel.
Vous devez vous conformer aux instructions de facturation se trouvant dans votre manuel pour remplir les autres champs (dent, surface, 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.
Inscrivez la date de l'autorisation de la prothèse, 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