

Requête de réactivation de demandes de paiement

Avant de remplir ce formulaire, lisez les directives au verso.

1. Renseignements sur le demandeur

Numéro de la pharmacie RAMQ	Nom de la pharmacie	Numéro de téléphone
Prénom et nom de la personne à joindre		Prénom et nom de la deuxième personne à joindre

2. Renseignements sur les demandes de paiement (Si l'espace est insuffisant, remplissez un autre formulaire.)

Numéro d'ordonnance	Numéro de contrôle externe (NCE)	Date du service			Date de transaction			Raison	Correction (à l'exception de la raison 1)
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour		

Veuillez transmettre ce formulaire rempli par télécopieur à l'un des numéros suivants :

Centre de relations avec les professionnels

418 528-5655 (région de Québec)
1 866 734-4418 (sans frais)

N'inscrivez pas de numéro d'assurance maladie sur le formulaire ou sur la page de présentation de la télécopie.

1 : Service non rendu (« passeras »)

2 : Quantité facturée

3 : Code de service

4 : Durée de traitement (DT)

5 : Numéro d'identification du médicament (DIN)

6 : Numéro du prescripteur

7 : Erreur de numéro d'assurance maladie

8 : Ajout : code justificatif/ne pas substituer (NPS)
/code de programme universel

9 : Décès

10 : CNESST/IVAC/SAAQ

11 : Erreur : prix/grossiste

12 : Erreur : forme/teneur/format d'acquisition

13 : Erreur : nombre de renouvellements

Important : Ce formulaire ne peut être utilisé que pour l'une de ces 13 raisons. Si une personne assurée souhaite se désinscrire du régime public pour adhérer à un régime privé, elle peut consulter la section Assurance médicaments au ramq.gouv.qc.ca.

Directives

Ce formulaire sert à demander la réactivation de demandes de paiement pour un service **facturé** dont la date de service excède un délai de **45 jours**.

Nous vous répondrons par télécopieur si toutes les demandes de réactivation sont acceptées ou si vous avez fait des demandes de réactivation de services non rendus (« passeras »). Nous vous téléphonerons pour vous informer de notre décision en cas de refus d'une de vos demandes. Après l'approbation d'une requête, les demandes de paiement sont de nouveau disponibles et vous pouvez annuler ou modifier vos services.

Nous ne traitons pas les formulaires reçus pour une autre raison que la réactivation de demandes de paiement. Nous évaluons uniquement les formulaires 4454 remplis pour des services déjà facturés.

1. Renseignements sur le demandeur

Vous devez inscrire les coordonnées de votre pharmacie ainsi que le prénom et le nom de deux personnes à joindre. Nous pourrions communiquer avec elles pour le suivi de votre demande.

2. Renseignements sur les demandes de paiement

Numéro de contrôle externe (NCE) : Ce numéro unique est attribué par votre logiciel de facturation lorsque votre demande de paiement est transmise. Sur le reçu, il correspond aux 6 derniers chiffres.

Exemple :

RAMQ Réf. : XXXXXXXXXXX-XXXXXX

ACCEPTÉE RAMQ NCE : XXXXXX

Date du service : Écrivez la date à laquelle le service a été rendu.

Date de transaction : Écrivez la date à laquelle le service a été facturé à la Régie.

Raison : Indiquez le chiffre correspondant dans la légende qui justifie votre demande.

Exemple :

2 pour « Quantité facturée »

Correction : Écrivez la correction à effectuer.

Exemple :

La quantité facturée est de 7, mais elle aurait dû être de 15.