Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de facturation hors délai

Vous devez remplir ce formulaire pour obtenir l'autorisation de transmettre votre relevé d'honoraires lorsque le délai prescrit est dépassé. Ce délai est d'**au plus 90 jours** après la date où le professionnel ou la professionnelle a rendu le service couvert.
Pour plus de détails, consultez la page **Facturation hors délai** dans la section réservée à votre profession de notre site Web.

1. Renseignements sur le professionnel ou la professionnelle

Prénom	Nom de famille	Numéro du professionnel

Profession

☐ Médecin omnipraticien(ne) ☐ Médecin spécialiste ☐ Chirurgien(ne)-dentiste ☐ Optométriste
☐ Spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale ☐ Denturologiste ☐ Hygiéniste dentaire

Compte administratif (s'il y a lieu)
Nom du compte administratif

Numéro du compte

Agence de facturation ou personne autorisée (s'il y a lieu)
Nom

Numéro de transmission de l'agence (s'il y a lieu)
A G P

2. Renseignements sur la demande

Utilisez le verso, au besoin.

A. Mode de rémunération ▸ Indiquez le(s) mode(s) de rémunération visé(s) par la demande.

☐ Acte ☐ Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation ☐ Honoraires fixes et salariat ☐ Rémunération mixte ☐ Assurance hospitalisation (services de laboratoire en établissement)

B. Précision sur la demande de facturation hors délai

☐ Services médicaux ☐ Forfaits ☐ Frais de déplacement ☐ Mesures incitatives ☐ Formation continue ☐ Autres

C. Raison justifiant le dépassement du délai prescrit

Expliquez la raison justifiant le dépassement du délai prescrit de 90 jours en démontrant votre impossibilité d'agir plus tôt. L'impossibilité d'agir plus tôt est une question de faits. Vous devez démontrer en quoi la raison alléguée vous a empêché de transmettre votre relevé d'honoraires dans les délais prévus. Le fait d'avoir égaré des documents ou oublié de transmettre un relevé d'honoraires ne démontre pas votre impossibilité d'agir. Au besoin, joignez à votre demande tout document appuyant votre justification.

D. Référence ▸ Regroupez vos demandes de même nature pour lesquelles la facturation n'a pu être effectuée dans les délais prescrits et décrivez-les.

Numéro d'assurance maladie (ou nom de la personne assurée)	Code de facturation ou d'activité réclamé	Date de service ◂ ou ▸ Période concernée									Numéro d'établissement (s'il y a lieu)	Montant réclamé (s'il y a lieu)
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour		
								à					
								à					
								à					
								à					

Numéro du professionnel

D. Référence (suite)

Numéro d'assurance maladie (ou nom de la personne assurée)	Code de facturation ou d'activité réclamé	Date de service ◂ ou ▸ Période concernée									Numéro d'établissement (s'il y a lieu)	Montant réclamé (s'il y a lieu)
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour		
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					

3. Renseignements sur le demandeur ou la personne autorisée

Prénom	Nom de famille	Téléphone	Poste

Adresse courriel

Signature	Date (Année Mois Jour)

Transmettez-nous ce formulaire par télécopieur au **418 644-3035** ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Nous transmettrons toute communication relative à cette demande dans la messagerie sécurisée du professionnel ou de la professionnelle, qui doit avoir procédé à son inscription à nos services en ligne. À défaut, nous lui transmettrons toute communication par la poste, à l'adresse de correspondance associée à son compte de finances personnelles.