

SECTION DU PROFESSIONNEL

1. Renseignements sur le professionnel

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
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

3. Renseignements sur les services couverts

Code de facturation	Description du service rendu	Montant perçu
Date des services Année Mois Jour	Lieu de dispensation	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 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

Si vous faites la demande pour une autre personne, indiquez à quel titre :

Père Mère Autre :

Nom de famille et prénom en lettres majuscules

Téléphone au domicile
Ind. rég.

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

Date

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 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;
- 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 donc transmettre une facture à la Régie par le service en ligne FacturActe, un logiciel conforme et reconnu par la Régie ou 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 Régie 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 Régie 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.**
- Envoyez ce formulaire à la Régie 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 <https://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 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
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3