

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

### Guide de rédaction de la partie à remplir par le médecin

Conformément à la Loi sur l'assurance maladie (art. 13.3), le médecin doit remplir un formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* lorsque celle-ci n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie ou que sa carte était expirée.

**Afin que la personne assurée puisse obtenir le remboursement de ce qu'elle a payé au médecin, celui-ci doit :**

- 1. Remplir et signer la partie du haut du formulaire** en fournissant bien tous les renseignements demandés (à l'exception du numéro d'assurance maladie qui sera inscrit par la personne assurée).

Le médecin doit bien indiquer son numéro d'inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec (7 chiffres) de même que le diagnostic, lequel peut être inscrit en clair ou codé (voir *Répertoire des diagnostics*). Si le service a été rendu ailleurs que dans un établissement, inscrire le code de la localité dans la case « Établissement ».

- 2. Remettre à la personne assurée :**

- l'exemplaire de la Régie;
- la copie de la personne assurée;
- une enveloppe-réponse.

- 3. Conserver la copie du médecin** (pour la conciliation avec l'état de compte et pour répondre, le cas échéant, aux demandes de renseignements de la Régie).

Remarque : Les médecins trouveront des explications supplémentaires dans leur manuel, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

#### Rappel

Le médecin peut, dans les cas ci-dessous, présenter une demande de paiement à la Régie même si la personne assurée ne présente pas sa carte (art. 22 de la Loi sur l'assurance maladie). 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;
- rencontre des circonstances prévues au règlement.

Vous pouvez communiquer avec la Régie :

Par téléphone

Québec : 418 646-4636

Montréal : 514 864-3411

Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

Par ATS :

(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)

Québec : 418 682-3939

Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

.....  
[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

Régie de  
l'assurance maladie

Québec 

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE

À L'USAGE DE LA RÉGIE

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE  
 NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE ANNÉE MOIS EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT  
 CODE DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

ACTES

ANNÉE	MOIS	JOUR	PH.	CODE	R.	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

VISITES

ANNÉE MOIS JOUR CODE NOMBRE

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

SPÉCIMEN

TOTAL

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.  
 SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

### Directives pour la personne assurée

- Pour obtenir un remboursement, vous devez faire la demande dans l'année suivant la date à laquelle vous avez reçu le service assuré\*.**
- Vérifiez** que le médecin a bien signé la partie du haut et qu'il a lisiblement inscrit les renseignements requis.
  - Trouvez**, dans les situations qui suivent, celle qui vous concerne, ajoutez les renseignements requis et suivez les directives appropriées.
  - Remplissez** les sections ADRESSE et SIGNATURE.
  - Envoyez** ce formulaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'enveloppe-réponse fournie par le médecin.
- \* Loi sur l'assurance maladie, art. 14.2.

### Situation à l'origine de la demande

- Vous avez dû payer les services médicaux reçus pour un des motifs suivants. Suivez les directives avant d'acheminer la demande de remboursement à la Régie.**
- Votre carte d'assurance maladie n'est pas expirée, mais vous ne l'avez pas présentée :** Inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
  - Vous n'avez jamais demandé de carte d'assurance maladie :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso. Sur réception de votre carte d'assurance maladie, inscrivez votre numéro d'assurance maladie sur la première ligne de la partie remplie par le médecin.
  - Votre carte d'assurance maladie est expirée :**
  - Vous avez demandé votre carte d'assurance maladie, mais vous ne l'avez pas encore reçue :** Communiquez avec la Régie à l'un des numéros mentionnés au verso afin de déterminer les actions à entreprendre dans votre situation.
  - Votre carte d'assurance maladie a été perdue ou volée :**

**Note** - 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 il 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 assume la garde.

**Adresse résidentielle permanente de la personne assurée**

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

NUMÉRO RUE \_\_\_\_\_

APP. VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE Québec CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**Adresse pour l'envoi du chèque**

MÈME  PERSONNE RESPONSABLE  INSTITUTION RESPONSABLE

NOM, PRÉNOM OU RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_

NUMÉRO RUE \_\_\_\_\_

APP. VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

### Signature de la personne assurée

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et je réclame le remboursement des services mentionnés.

DATE ANNÉE MOIS JOUR \_\_\_\_\_

Si vous faites la demande pour une **autre personne que vous**, indiquez à quel titre vous la faites :  
 MÈRE  PÈRE  AUTRE :  \_\_\_\_\_  
 NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MAJUSCULES \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉGIONAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉGIONAL \_\_\_\_\_