

Moyens pour acheminer  
 votre commande

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

**Télécopieur :**  
 • (418) 646-9251

**Info Prof :**  
 • (418) 528-7763  
 • 1 800 463-7763

Adresse postale :

**Poste :** (Ces commandes ne sont pas traitées en priorité).  
 Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Service de l'information aux professionnels (Q029)  
 C.P. 500, Québec (Québec)  
 G1K 7B4

**Demandeur**

<input type="checkbox"/> Professionnel	NUMÉRO		
<input type="checkbox"/> Groupe			
<input type="checkbox"/> Pharmacie	NOM ET PRÉNOM OU RAISON SOCIALE		
<input type="checkbox"/> Agence			
<b>OU</b>	NUMÉRO (Attribué par la Ramq)	NOM	<b>NO DU BON DE COMMANDE (OBLIGATOIRE)</b>
<input type="checkbox"/> Établissement			
IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	IND. RÉG.	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
			COURRIEL
			ADRESSE INTERNET

**Adresse de livraison** Adresse à laquelle vous avez la certitude que le matériel vous sera remis.

RAISON SOCIALE OU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT			
AUX SOINS DE (S'IL Y A LIEU)			
DÉPARTEMENT (S'IL Y A LIEU)			
NUMÉRO	RUE	BUREAU	
MUNICIPALITÉ			CODE POSTAL

**Formulaires demandés** Numéros des principaux formulaires et renseignements complémentaires au verso

LIGNE	NUMÉRO DU FORMULAIRE	QUANTITÉ (UNITÉS)	TITRE DU FORMULAIRE	À L'USAGE DE LA RÉGIE
1				
2				
3				
4				

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE		
	ANNÉE	MOIS	JOUR

Si coché,  veuillez répondre à cette demande d'information

Nous vous retournons votre commande car des renseignements essentiels à son traitement sont erronés ou manquants. Veuillez corriger ou ajouter les renseignements indiqués par un « X » et nous la retourner.

- |   |  |   |                 |
|---|--|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Numéro du bon de commande      | Ligne : 1 2 3 4                                      | <input type="checkbox"/> Quantité absente                           | Ligne : 1 2 3 4 |
| <input type="checkbox"/> À commander chez Partagec      | <input type="checkbox"/> Numéro du formulaire erroné | <input type="checkbox"/> Numéro du formulaire inexistant à la Régie |                 |
| <input type="checkbox"/> Numéro du professionnel absent | <input type="checkbox"/>                             |   |                 |

REPRÉSENTANT DE LA RÉGIE	DATE		
	ANNÉE	MOIS	JOUR

## Liste des principaux formulaires

Numéro	Titre du formulaire	(1) Quantité	(2) Inter- net	(3) Prix
1063	Demande de paiement - Médecin (format continu)	1000		■
1200	Demande de paiement - Médecin ( <b>sans enveloppe</b> )	250		■
1201	Demande de paiement - Médecin ( <b>avec enveloppe</b> )	250		■
1215	Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires	50		
1216	Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat	50		
1404	Relevé de compte - Aides visuelles	250		
1500	Demande de paiement - Optométriste	250		■
1513	Demande de paiement - Appareils suppléant à une déficience physique	250		
1549	Demande de révision ou d'explication	unité	●	
1604	Demande de paiement - Rémunération à l'unité	unité		
1606	Demande de paiement - Rémunération à l'acte	unité		
1607	Demande de paiement - Dentistes (format continu)	1000		■
1670	Demande de paiement - Dentistes	250		■
1700	Demande de paiement - Denturologistes	250		
1800	Demande de remboursement à la personne assurée - Médecin	25		
1897	Avis de service - Rémunération à honoraires fixes	unité	●	
1944	Document complémentaire - Considération spéciale	25		
1988	Demande de remboursement des frais de déplacement	unité		
2058	Demande de remboursement à la personne assurée - Optométriste	25		
2076	Demande de remboursement à la personne assurée - Dentiste	25		
2102	Description du système de facturation informatisée	unité	●	
2133	Demande de paiement - Aides auditives	250		
2400	Demande de paiement - Optométristes (format continu)	1000		■
2404	Demande d'accréditation	unité	●	
2426	Demande de paiement - Prothèse oculaire	500		
2595	Demande d'autorisation - Appareils suppléant à une déficience physique	125		
2596	Demande d'autorisation - Aides auditives	unité		
2597	Demande de paiement services externes dispensés au Québec à des résidents des autres provinces	25	●	
2688	Réclamation hors province pour services médicaux	unité	●	
2694	Demande de révision – services externes dispensés au Québec à des résidents des autres provinces	unité		
2746	Renseignements à fournir pour la facturation informatisée	unité	●	
2788	Mandat – Agence de traitement de données	unité	●	
2904	Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle	unité		
2914	Autorisation de paiement par virement automatique	unité	●	
2919	Document complémentaire - Considération spéciale - Programme des appareils suppléants à une déficience physique	unité		
3004	Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à payer ses honoraires à l'ordre d'un tiers	unité	●	
3005	Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement	unité	●	
3006	Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	unité	●	

Numéro	Titre du formulaire	(1) Quantité	(2) Inter- net	(3) Prix
3021	Demande de paiement - Appareils suppléant à une déficience physique (format continu)	1000		
3051	Avis d'assignation – SLE	unité	●	
3102	Changement d'adresse dispensateurs de services assurés	unité	●	
3121	Avis de remplacement, de désignation en support ou en pool de service – Médecins spécialistes	unité	●	
3133	Avis de service rémunération à la vacation	unité	●	
3144	Demande de révision programmes des aides techniques	unité		
3336	Demande de remboursement des mesures incitatives	unité		
3429	Appareils suppléant à une déficience physique (format continu)	500		
3431	Appareils suppléant à une déficience physique	unité		
3471	Aides auditives - Document complémentaire	unité		
3479	Déclaration de la personne assurée et prise en charge - Aide de suppléance à l'audition	unité		
3480	Déclaration de la personne assurée et prise en charge - Aides auditives	unité		
3485	Recommandation - Aide de suppléance à l'audition - Aides auditives	unité		
3506	Demande de dates de prise de possession – Aides auditives	50	●	
3507	Demande de dates de prise de possession – Appareils suppléant à une déficience physique	50	●	
3547	Avis de service - Rémunération au tarif horaire - Omnipraticiens	unité	●	
3566	Document complémentaire - Programme des aides visuelles	unité		
3621	Demande de remboursement à la personne assurée - Pharmacien	25		
3628	Avis de service - Rémunération à honoraires fixes - Optométriste	unité	●	
3629	Avis de service - Rémunération au tarif horaire - Optométriste	unité	●	
3633	Demande d'autorisation médicament ou patient d'exception	unité	●	
3634	Demande de paiement - Aides auditives (format continu)	1000		
3726	Fiche d'information	unité	●	
3743	Demande de paiement - Rémunération mixte	25		
3755	Avis de service - Rémunération à tarif horaire - Rémunération à honoraires fixes - Dentiste	unité	●	

**(1) Quantité :** La quantité commandée doit être un multiple des quantités inscrites. Toute quantité non conforme sera arrondie au multiple le plus près.

**(2) Internet :** Ces formulaires sont disponibles pour impression à partir d'Internet [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) volet « Services offerts aux professionnels » à la rubrique « Formulaires » de la section qui vous concerne.

**(3) Prix :** Ces formulaires sont facturés au professionnel lorsque son quota est dépassé. Pour plus d'information, voir la section « Manuels et formulaires », de votre manuel de facturation.

**N.B. :** Vous pouvez également commander les formulaires qui n'apparaissent pas à cette liste, en utilisant le numéro du formulaire (en caractère gras) qui est inscrit habituellement en bas à gauche ou à droite du formulaire.