Guide d'utilisation du formulaire

FORMULAIRE

Veuillez remplir un formulaire par personne.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Votre NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE est indispensable pour obtenir un remboursement. Ce numéro doit être mentionné dans toutes vos communications écrites ou téléphoniques avec la Régie.

Dans le cas d'un **enfant de moins de 12 mois** qui n'a pas encore reçu sa carte d'assurance maladie, indiquez ses nom, prénom, date de naissance et sexe, **mais utilisez le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère.**

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour avoir droit au remboursement des frais assumés pour des services assurés reçus hors du Québec, il faut :

- résider au Québec et être admissible au régime d'assurance maladie;
- être titulaire d'une carte d'assurance maladie valide;
- ne pas séjourner hors du Québec 183 jours ou plus par année civile (du 1er janvier au 31 décembre)* et être en mesure d'en faire la preuve. *Les séjours de moins de 21 jours consécutifs ne doivent pas être pris en compte dans le calcul des 183 jours.*

Pour les stages, les études ou le travail hors du Québec, vous devez communiquer avec la Régie avant votre départ pour connaître les conditions d'admissibilité.

***Consultez le dépliant *Services de santé assurés hors du Québec* section « Cas particuliers ».**

DÉLAI DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

À compter de la date des services, vous disposez d'**un an** pour demander à la Régie le remboursement du coût des services professionnels et de **trois ans** pour le coût des services hospitaliers.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- **L'original de vos reçus.** Vous devez fournir l'original des relevés de paiement par carte de crédit ou une photocopie (recto verso) des chèques encaissés sur lesquels le nom de l'hôpital ou du professionnel de la santé apparaît clairement.
- **L'original de vos comptes**
  Les renseignements suivants doivent figurer clairement sur ces documents :
  - les nom, adresse et signature du professionnel de la santé qui a dispensé les services;
  - les nom et adresse de l'établissement ainsi que la signature du représentant du centre hospitalier où les services ont été rendus;
  - la description détaillée des services reçus;
  - la date et le montant des frais pour chaque service reçu.
- **Le résumé du dossier médical** (si vous avez été hospitalisé).
- **Le protocole opératoire** (dans le cas d'une chirurgie majeure).

Aucun document (original ou copie) ne sera retourné par la Régie.

Ce qui est payé par la Régie :	**Exemples de ce que la Régie ne paie pas :**
• les frais pour les services assurés rendus par un médecin, un optométriste ou un dentiste dans un territoire ou une autre province du Canada ou hors du pays, selon les **tarifs en vigueur au Québec** (ou les honoraires réellement payés, s'ils sont inférieurs); • les frais d'hospitalisation hors du Canada, jusqu'à un montant maximal par jour, et ce, à la condition que l'hospitalisation soit motivée par une **maladie subite ou une situation urgente**; • les frais d'hospitalisation dans un territoire ou une autre province du Canada (hébergement en salle).	• le transport du malade (ambulance, taxi, avion); • le supplément pour une chambre à un ou à deux lits; • les médicaments; • les services d'un psychologue, d'une infirmière, d'un acupuncteur ou d'un podiatre; • les services recus dans les stations thermales; • les services recus à des fins esthétiques; • les cures de désintoxication; • les frais liés à l'obtention d'un rapport médical ou d'un résumé de dossier.

IMPORTANT

La Régie ne donnera pas suite à la demande et retournera tous documents en l'absence de l'un des éléments suivants :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
- SIGNATURE DU DEMANDEUR
- RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS
- PIÈCES JUSTIFICATIVES

Expédiez le formulaire et toutes les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application des programmes (Q037)
Case postale 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Régie de l'assurance maladie Québec

Cliquez ici pour la marche à suivre

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Effacer

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

À qui s'adresse ce formulaire?

Guide

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE — Services de santé reçus : ☐ au Canada ☐ hors du Canada

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NOM DE FAMILLE

NOM DE FAMILLE (INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE)

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE — ANNÉE / MOIS / JOUR

SEXE ☐ M ☐ F

1 ADRESSE DE LA RÉSIDENCE PERMANENTE AU QUÉBEC

N° / RUE / APP. / VILLE

PROVINCE / CODE POSTAL / TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. / TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

2 ADRESSE DE CORRESPONDANCE OU DE PAIEMENT, SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE 1.

N° / RUE / APP. / VILLE

PROVINCE OU ÉTAT ET PAYS / CODE POSTAL / TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. / TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

OÙ DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT? ☐ ADRESSE 1 ☐ ADRESSE 2

OÙ PEUT-ON ENVOYER DES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS? ☐ ADRESSE 1 ☐ ADRESSE 2

SÉJOURS HORS DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé

Date de départ du Québec — ANNÉE / MOIS / JOUR

Date de retour au Québec ☐ RÉELLE ☐ PRÉVUE — ANNÉE / MOIS / JOUR

RAISON DU SÉJOUR (COCHEZ UNE SEULE CASE)

- ☐ **Vacances ou séjour saisonnier**
- ☐ **Travail** — Nom de l'employeur : .....
- ☐ **Études** — Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.
- ☐ **Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec** — Numéro d'autorisation de la Régie .....
- ☐ **Déménagement permanent** — ☐ Au Canada ☐ Hors du Canada — Date du déménagement — ANNÉE / MOIS / JOUR
- ☐ **Autre** — Précisez .....

Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1er janvier au 31 décembre), précisez :

1er SÉJOUR

Date de départ			Date de retour		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

2e SÉJOUR

Date de départ			Date de retour		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

3e SÉJOUR

Date de départ			Date de retour		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUEZ-EN LE TYPE

☐ D'automobile ☐ De travail ☐ Autre (précisez)

Date de l'accident — Année / Mois / Jour

Décrivez les soins reçus (ex.: examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU LES SERVICES

VILLE / PROVINCE (Canada) ou ÉTAT (États-Unis) / PAYS

Si vous avez été hospitalisé, indiquez le nombre de jours :

REMBOURSEMENT

MONTANT DEMANDÉ

Dollars canadiens ☐ — Autre devise ☐ — PRÉCISEZ :

Avez-vous payé les comptes? ☐ Non ☐ Oui — ☐ Paiement Total ☐ Paiement Partiel

MONTANT PAYÉ **(fournir l'original de vos reçus)**

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Si vous n'aviez pas d'assurance voyage au moment où vous avez reçu les services, faites parvenir tous les documents requis à la Régie.

Si vous aviez une assurance voyage au moment où vous avez reçu les soins, **vérifiez si votre compagnie d'assurances peut demander le remboursement à la Régie pour vous.**

Si oui, faites-lui parvenir tous les documents requis.

Si non, faites parvenir tous les documents requis à la Régie.

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES / NUMÉRO DE LA POLICE

SIGNATURE ET AUTORISATION

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la Régie à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.

En outre, dans le but de simplifier son traitement s'il s'agit d'une demande d'indemnité à la suite d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail, j'autorise la RAMQ à communiquer à la SAAQ ou à la CSST une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE S'IL N'EST PAS LE DEMANDEUR

LIEN AVEC LE DEMANDEUR (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.)

SIGNATURE — ANNÉE / MOIS / JOUR

LANGUE DE CORRESPONDANCE ☐ FRANÇAIS ☐ ANGLAIS

Imprimer