

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Avant de remplir ce formulaire, consultez-en le verso, ainsi que l'onglet **Séjours hors Québec** de la section Citoyens au www.ramq.gouv.qc.ca

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

COCHÉZ LA CASE APPROPRIÉE

Services de santé reçus :

au Canada à l'extérieur du Canada

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		NOM DE FAMILLE		NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT DE CELUI DÉJÀ INSCRIT)					
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
						ANNÉE MOIS JOUR		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
ADRESSE DU DOMICILE (voir verso)									
N°		RUE		APP.		VILLE			
PROVINCE			CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG.		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.		

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé					Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre), précisez :				
Date de départ du Québec			Date de retour au Québec						
Année Mois Jour			Année Mois Jour						
<input type="checkbox"/> RÉELLE <input type="checkbox"/> PRÉVUE									
RAISON DU SÉJOUR (COCHÉZ UNE SEULE CASE)					1^{er} SÉJOUR				
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier					Date de départ		Date de retour		
<input type="checkbox"/> Travail Nom de l'employeur					Année Mois Jour		Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> 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.					2^e SÉJOUR				
<input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie					Date de départ		Date de retour		
<input type="checkbox"/> Déménagement permanent hors du Québec Date du déménagement					Année Mois Jour		Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Autre Précisez					3^e 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 ces 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

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

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES

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

S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation :

REMBOURSEMENT

Montant demandé	Dollars canadiens <input type="checkbox"/>	Autre devise <input type="checkbox"/>	PRÉCISEZ :	Avez-vous payé les comptes?	MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçus)
				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
				<input type="checkbox"/> Paiement Total <input type="checkbox"/> Paiement Partiel	

ASSURANCE VOYAGE

Étiez-vous couvert par une assurance voyage lorsque vous avez reçu les services?

Non Oui

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES NUMÉRO DE LA POLICE

SIGNATURE ET AUTORISATION

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à fournir à ma compagnie d'assurance voyage et à recevoir de celle-ci tous les renseignements, les pièces ou autres documents requis pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et, le cas échéant, que mon conjoint, ma conjointe ou mes enfants ont reçus (assurance familiale).

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, 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 CNESST une copie des documents que nous nous serons 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

X

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Vous disposez d'**un an**, à compter de la date où ils ont été fournis, pour demander le remboursement des services médicaux, dentaires ou optométriques, et de **trois ans** pour les services hospitaliers.

Pour faire une demande, vous devez remplir un formulaire par personne et indiquer le numéro d'assurance maladie dans chaque cas.

Pour un enfant de moins de 12 mois, qui n'a pas encore reçu sa carte d'assurance maladie, c'est le numéro du père ou de la mère qui doit figurer, en plus de ses propres nom, prénom, date de naissance et sexe.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous devez fournir l'**original de vos comptes**.

Les renseignements suivants doivent y figurer clairement :

- les nom, adresse et signature du professionnel de la santé qui a dispensé les services;
- les nom et adresse de l'établissement où les services ont été fournis ainsi que la signature de la personne autorisée;
- la description détaillée des services reçus;
- la date et le coût de chacun.

Il vous faut envoyer le **résumé du dossier médical** si vous avez été hospitalisé et le **protocole opératoire** dans le cas d'une chirurgie majeure.

Vous devez fournir vos **preuves de paiement**, par exemple vos reçus de carte de crédit ou des photocopies du recto et du verso de **chèques** encaissés, mentionnant le nom de l'hôpital ou du professionnel de la santé.

De plus, vous devez joindre une traduction en français des documents requis s'ils sont rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais. Toutefois, si la Régie le juge nécessaire, elle pourrait vous demander, à vos frais, une traduction certifiée.

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

ADRESSE DU DOMICILE

Vous ne pouvez pas faire un changement d'adresse avec ce formulaire. Au besoin, veuillez utiliser le Service québécois de changement d'adresse au <https://www.adresse.gouv.qc.ca>.

POUR PLUS D'INFORMATION

Nous vous invitons à consulter notre site Internet.

www.ramq.gouv.qc.ca

Vous pouvez aussi obtenir de l'information par téléphone.

À Québec

418 646-4636

À Montréal

514 864-3411

Ailleurs au Québec

1 800 561-9749

Pour nous écrire

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Nos heures d'ouverture

Lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 8 h 30 à 16 h 30

Mercredi : de 10 h à 16 h 30

ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE

Le formulaire de demande de remboursement ainsi que toutes les pièces justificatives requises doivent être envoyés sans agrafe à :

Régie de l'assurance maladie du Québec

SAPHQAT

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Dans ce document, le masculin est employé dans le seul but de faciliter la lecture.

Pour une information plus détaillée, consultez notre site.