Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de facturation hors délai

Ce formulaire doit être rempli pour obtenir l'autorisation de transmettre votre relevé d'honoraires lorsque le délai prescrit est dépassé.
Ce délai est **au plus de 90 jours** après la date où le service couvert a été rendu par le professionnel.
Pour plus de détails, consultez la page **Facturation hors délai** dans la section réservée à votre profession de notre site Web.

1. Renseignements sur le professionnel

Prénom	Nom de famille	Numéro du professionnel

Profession

☐ Médecins omnipraticiens ☐ Médecins spécialistes ☐ Chirurgiens-dentistes ☐ Optométristes
☐ Spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale ☐ Denturologistes ☐ Hygiénistes dentaires

Compte administratif (s'il y a lieu)
Nom du compte administratif — Numéro du compte

Agence de facturation ou personne autorisée (s'il y a lieu)
Nom — Numéro de transmission de l'agence (s'il y a lieu) A G P

2. Renseignements sur le demandeur

Prénom	Nom de famille	Téléphone	Poste	Date de la demande (Année Mois Jour)

Adresse courriel

3. Renseignements sur la demande

Utilisez le verso, au besoin.

A. Mode de rémunération ▸ Indiquez le(s) mode(s) de rémunération visé(s) par la demande.

☐ Acte ☐ Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation ☐ Honoraires fixes et salariat ☐ Rémunération mixte ☐ Assurance hospitalisation (services de laboratoire en établissement)

B. Précision sur la demande de facturation hors délai

☐ Services médicaux ☐ Forfaits ☐ Frais de déplacement ☐ Mesures incitatives ☐ Formation continue ☐ Autres

C. Raison justifiant le dépassement du délai prescrit

Expliquez la raison justifiant le dépassement du délai prescrit de 90 jours en démontrant votre impossibilité d'agir plus tôt. L'impossibilité d'agir plus tôt est une question de faits. Vous devez démontrer en quoi la raison alléguée vous a empêché de transmettre votre relevé d'honoraires dans les délais prévus. Le fait d'avoir égaré des documents ou oublié de transmettre un relevé d'honoraires ne démontre pas votre impossibilité d'agir. Au besoin, joignez à votre demande tout document appuyant votre justification.

D. Référence ▸ Regroupez vos demandes de même nature pour lesquelles la facturation n'a pu être effectuée dans les délais prescrits et décrivez-les.

Numéro d'assurance maladie (ou nom de la personne assurée)	Code de facturation ou d'activité réclamé	Date de service (Année Mois Jour) ou Période concernée (Année Mois Jour à Année Mois Jour)	Numéro d'établissement (s'il y a lieu)	Montant réclamé (s'il y a lieu)

Numéro du professionnel

D. Référence (suite)

Numéro d'assurance maladie (ou nom de la personne assurée)	Code de facturation ou d'activité réclamé	Date de service ◂ ou ▸ Période concernée									Numéro d'établissement (s'il y a lieu)	Montant réclamé (s'il y a lieu)
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour		
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					
								à					

4. Signature du professionnel

Signature	Date Année Mois Jour

Transmettez-nous ce formulaire par télécopieur au **418 644-3035** ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Toute correspondance sera transmise dans la messagerie sécurisée du professionnel. Si cette personne n'est pas inscrite à nos services en ligne, elle la recevra par la poste à l'adresse de correspondance associée à son compte de finances personnelles.