

Demande de révision ou d'annulation

Révision Annulation

1. Renseignements sur le dispensateur

Prénom		Nom de famille		N° d'inscription à la RAMQ	
Adresse de correspondance (Correspondance transmise dans la messagerie sécurisée du professionnel, si active)					
Numéro		Rue			
Ville		Province		Code postal	
Entente visée					
<input type="checkbox"/> Omnipraticiens		<input type="checkbox"/> Spécialistes		<input type="checkbox"/> Chirugiens-dentistes	
<input type="checkbox"/> Spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale		<input type="checkbox"/> Denturologistes		<input type="checkbox"/> Optométristes	
<input type="checkbox"/> Hygiénistes dentaires					
Compte administratif (s'il y a lieu)			Mandataire/agence (s'il y a lieu)		
Nom		Numéro	Nom		Numéro

2. Renseignements sur la demande

A. Mode de rémunération

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 paiement ou la facture RAMQ

Forfaits CNESST Facture liée à une demande de remboursement faite par la personne assurée

Précision sur la demande de remboursement

Frais de déplacement Assurance responsabilité Mesures incitatives Formation continue

C. Raison ▶ Indiquez d'abord les **codes de facturation** ou les **codes d'activité** qui concernent cette demande.
Expliquez la raison justifiant la demande de révision ou d'annulation et annexe les documents explicatifs.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande*.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

* Si l'espace est insuffisant, utilisez l'annexe.

3. Renseignements sur le demandeur (dispensateur ou mandataire)

Prénom		Nom de famille		Téléphone		Poste		Date		
								Année	Mois	Jour
Adresse courriel										

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

Annexe

N° d'inscription à la RAMQ

D. Référence ► Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

Annexe

N° d'inscription à la RAMQ

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour

D. Référence ▶ Décrivez les demandes de paiement ou de remboursement ou les factures RAMQ visées par cette demande.

Numéro de la demande de paiement ou de remboursement	Numéro de la facture RAMQ (12 chiffres)	Numéro d'assurance maladie ou nom de la personne assurée (s'il y a lieu)	Date de l'état de compte			Code TRA	Message	Date du service		
			Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour