

Réclamation hors province

Formulaire requis (voir plus bas) incluant coordonnées du patient

Yukon

- (Formulaire original signé par le patient requis)
- Délai de paiement : 6 semaines

Territoires-du-Nord-Ouest

- (Formulaire original signé par le patient requis)

Nunavut

- (Formulaire original signé par le patient requis)
- Délai de paiement : 4 mois

Colombie-Britannique

- Formulaire original signé par le patient requis
- 90 jours de délai de réclamation à partir de la date de service, période de grâce de 6 mois
- Si réclamation >6mois après date de service, fournir explication
- 10-12 semaines de délai de traitement
- Délai de paiement : jusqu'à 3 mois

Alberta

- Formulaire signé par le patient requis, photocopie acceptée
- Délai de paiement : 6 à 8 semaines

Saskatchewan

- Formulaire photocopie accepté
- Si pas de signature du patient, requiert explications + notre signature
- Délai de paiement : 6 semaines

Manitoba

- (Formulaire original signé par le patient requis)
- Délai de paiement : 6 semaines

Ontario

- Formulaire photocopie accepté
- Si pas de signature du patient, pouvons indiquer « signature impossible » ou « non obtenue avant départ »
- Pouvons remplir formulaire nous-mêmes si original n'est pas disponible
- Délai de réclamation : 1 an
- Délai de paiement : 5 à 6 mois

Nouveau-Brunswick

- Formulaire original signé par le patient requis
- Délai de réclamation : 1 an
- Délai de paiement : 5 à 6 mois

Île-du-Prince-Édouard

- Formulaire photocopie accepté
- Si pas de signature du patient, pouvons indiquer « signature impossible » ou « non obtenue avant départ »
- Délai de paiement : 6 semaines

Nouvelle-Écosse

- Formulaire original signé par le patient requis
- Délais de paiement : 6 semaines

Terre-Neuve et Labrador

- Formulaire original signé par le patient requis
- Délais de paiement : 6 semaines

Particularités

- Pouvons poster un formulaire prérempli au patient pour obtenir signature originale
- 2 examens idem dans la même journée doivent être à intervalle d'au moins 2 heures pour être considérés
- Cas de CNESST : devons réclamer à la RAMQ

RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

A À remplir par la personne assurée ou son représentant (en lettres majuscules)

NOM DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE SUR LA CARTE SANTÉ		PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
ADRESSE PERMANENTE			DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE	
MUNICIPALITÉ		PROVINCE OU TERRITOIRE		CODE POSTAL

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR			SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NOM DU PARENT OU DU TUTEUR			SPÉCIFIEZ LA RELATION AVEC LA PERSONNE ASSURÉE				
DATE DE DÉPART DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR			DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE MOIS JOUR			PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS			S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI OUI, INDIQUEZ LA DATE DU DÉMÉNAGEMENT ANNÉE MOIS JOUR	

RAISON DU SÉJOUR : VACANCES ÉTUDES AFFAIRES AUTRES : (précisez) _____

B Déclaration de la personne assurée ou de son représentant

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts et que je suis une personne assurée du régime d'assurance maladie de la province ou du territoire de _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE (Si le signataire n'est pas la personne assurée, indiquer la relation avec celle-ci)			DATE ANNÉE MOIS JOUR			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (travail) IND. RÉG.			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (domicile) IND. RÉG.		
X _____											

C À remplir par le professionnel (en lettres majuscules)

NOM DU PROFESSIONNEL		PRÉNOM	<input type="checkbox"/> OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE		SPÉCIALITÉ _____		
NOM DE LA RAISON SOCIALE (S'IL Y A LIEU)				S'IL Y A LIEU		DURÉE DU TRAITEMENT HEURES MINUTES	
				<input type="checkbox"/> ANESTHÉSISTE <input type="checkbox"/> ASSISTANT-CHIRURGIEN <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE			
ADRESSE NUMÉRO RUE		VILLE		NOM DU MÉDECIN QUI A RÉFÉRÉ LA PERSONNE ASSURÉE			
PROVINCE OU TERRITOIRE		CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.		SPÉCIALITÉ		

VERSEMENT AU PROFESSIONNEL REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE VERSEMENT À LA RAISON SOCIALE

NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS						DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR			DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR		

D Description des soins dispensés						Lieu où les services ont été rendus					
NATURE DES SERVICES	CODE D'ACTE	TARIF	DATE DES SERVICES			HEURE	AU CABINET	SERVICE HOSPITALIER	SERVICE EXTERNE	SALLE D'URGENCE	À DOMICILE
			ANNÉE	MOIS	JOUR						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC ET REMARQUES

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À			DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR			AUTRE : (précisez) _____		
<input type="checkbox"/> UN ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE								

J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance maladie de la personne assurée.						DATE ANNÉE MOIS JOUR			LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL X _____										

SPACE RESERVED FOR ADMINISTRATIVE PURPOSES

A To be completed by Patient or Representative (please type or print clearly)

PATIENT'S LAST NAME ON HEALTH CARD		FIRST NAME	MEDICARE NUMBER
PERMANENT MAILING ADDRESS			CARD EXPIRY DATE

MUNICIPALITY _____ PROVINCE/TERRITORY _____ POSTAL CODE _____

BIRTHDATE YEAR MONTH DAY	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NAME OF PARENT, TUTOR OR REPRESENTATIVE	RELATION TO THE INSURED PERSON
DATE OF DEPARTURE FROM HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY	DATE OF RETURN TO HOME PROVINCE/TERRITORY YEAR MONTH DAY	PLACE WHERE TREATED (PROVINCE, TERRITORY)	IS THIS A PERMANENT MOVE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

GIVE REASON FOR ABSENCE FROM HOME VACATION STUDY BUSINESS OTHER: (specify) _____

B Declaration of Patient or Representative

I hereby declare, conscientiously believing it to be true and knowing it to have the same effect as if it were made under oath and by virtue of the *Canada Evidence Act*, that the information given above is correct and that I am covered under the medical care plan of the province/territory of _____

SIGNATURE OF PATIENT (If other than patient, state relationship to patient)	DATE YEAR MONTH DAY	TELEPHONE NO. (Work) AREA CODE	TELEPHONE NO. (Home) AREA CODE
---	------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

C To be completed by Health Professional (please type or print clearly)

HEALTH PROFESSIONAL'S LAST NAME	FIRST NAME	<input type="checkbox"/> SPECIALIST <input type="checkbox"/> ASSISTANT
NAME OF BUSINESS (IF APPLICABLE)		<input type="checkbox"/> GENERAL PRACTITIONER <input type="checkbox"/> DENTIST <input type="checkbox"/> MAXILLOFACIAL SURGEON
ADDRESS NUMBER STREET MUNICIPALITY		<input type="checkbox"/> OPTOMETRIST <input type="checkbox"/> OTHER _____
PROVINCE OR TERRITORY	POSTAL CODE	TELEPHONE NUMBER AREA CODE
		NAME OF REFERRING PHYSICIAN
		SPECIALITY

PAYMENT TO HEALTH PROFESSIONAL REIMBURSEMENT TO PATIENT PAYMENT TO BUSINESS

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL (IF APPLICABLE)	ADMISSION DATE YEAR MONTH DAY	DISCHARGE DATE YEAR MONTH DAY
--	----------------------------------	----------------------------------

D Description of services rendered

DESCRIPTION OF SERVICES	FEE CODE	FEE	DATE OF SERVICE		TIME		Place where the services were rendered						
			YEAR	MONTH	DAY	HRS	MIN	OFFICE	HOSPITAL IN-PATIENT	HOSPITAL OUT-PATIENT	EMERGENCY ROOM	HOME	

DIAGNOSIS AND OTHER REMARKS

CLAIM INVOLVES: WORK ACCIDENT AUTOMOBILE ACCIDENT OTHER: (specify) _____

DATE OF ACCIDENT: YEAR MONTH DAY

I accept the patient's plan payment as payment in full.

HEALTH PROFESSIONAL'S SIGNATURE X _____ PERMIT NUMBER _____ DATE: YEAR MONTH DAY LANGUAGE OF CORRESPONDENCE: FRENCH ENGLISH