

Nom de la personne qui remplit ce formulaire : _____

Vous étiez assuré avec la RAMQ

Oui, toute l'année

Oui, de _____ à _____ (AAAA/MM)

Non, vous aviez des assurances collectives du 1er Jan au 31 déc

Remplissez ce tableau afin de vous éviter des frais supplémentaires. Ne joignez pas vos reçus

Si vous avez des assurances, indiquez seulement la portion payée par vous, c'est-à-dire le montant des frais médicaux soumis à vos assurances moins le montant payé ou remboursé par vos assurances

Montures : Il faut bien isoler le prix des montures. Les verres, lentilles, examens, etc ne font pas partie des montures.

	Médicaments		Frais dentaires		Optométrie		Montures Lunettes		Ostéo / Naturo		Autres / Paramédicaux	
Vous		\$		\$		\$		\$		\$		\$
Conjoint		\$		\$		\$		\$		\$		\$
		\$		\$		\$		\$		\$		\$
		\$		\$		\$		\$		\$		\$
		\$		\$		\$		\$		\$		\$

Commentaires ou autres frais médicaux, au besoin (précisez nom de la personne et description) :

_____ montant : _____ \$

Frais non admissibles :

Massothérapie
Kinésithérapie
Fr. d'Orthopédiste
Frais d'Orthothérapeute

Frais admissibles au provincial seulement :

Naturopathie
Ostéopathie

Pour vous inscrire ou vous

désinscrire de la RAMQ :

(514) 864-3411

Ces frais peuvent être acceptés avec ordonnance d'un médecin.

C'est votre responsabilité de garder les reçus et ordonnances en cas de demande de preuve du gouvernement.