

Demande de paiement

Services externes dispensés à des résidents du Québec
(à l'usage des hôpitaux exclus de la facturation interprovinciale)

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		
ADRESSE (numéro, rue, localité)			
PROVINCE			CODE POSTAL

Détails de la demande

	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)					CODE DE SERVICE	TARIF DU SERVICE
1	DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	COCHER SI NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		
	CODES DE DIAGNOSTIC			CODES D'INTERVENTION				
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU							
2	DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	COCHER SI NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		
	CODES DE DIAGNOSTIC			CODES D'INTERVENTION				
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU							
3	DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	COCHER SI NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		
	CODES DE DIAGNOSTIC			CODES D'INTERVENTION				
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU							
4	DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	COCHER SI NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR		
	CODES DE DIAGNOSTIC			CODES D'INTERVENTION				
	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU							
TOTAL								

Attestation de l'établissement

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Nom et prénom de la personne autorisée

Signature de la personne autorisée

(LETTRES MAJUSCULES)

ANNÉE MOIS JOUR