

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