Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement

Services internes dispensés au Québec à un résident d'une autre province ou d'un territoire

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

Numéro de contrôle externe

1- Établissement

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (numéro, rue, localité)

PROVINCE

CODE POSTAL

2- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE — ANNÉE MOIS JOUR

PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE

NOUVEAU-NÉ ☐

DATE DE NAISSANCE — ANNÉE MOIS JOUR

SEXE ☐ M ☐ F

ADRESSE (numéro, rue, localité)

CODE POSTAL

3- Détails de la demande

DATE D'ADMISSION ▶ ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE CONGÉ ▶ ANNÉE MOIS JOUR

GENRE DE SÉJOUR

ACCIDENT ☐ CODE

DÉCÈS ☐

CODE DE DIAGNOSTIC

CODE D'INTERVENTION

ATTRIBUT D'INTERVENTION — SITUATION LIEU ÉTENDUE

DATE DE L'INTERVENTION OU DE DÉBUT DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	DATE DE FIN DE FACTURATION (ANNÉE MOIS JOUR)	CODE DE SERVICE	TARIF JOURNALIER	NOMBRE DE JOURS	MONTANT FACTURÉ
			TOTAL		

4- Renseignements complémentaires

5- 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 (LETTRES MAJUSCULES)

Signature de la personne autorisée

DATE — ANNÉE MOIS JOUR

Feuille blanche : **RAMQ** - Feuille jaune : **Établissement**