

**DEMANDE DE PAIEMENT
 À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
 RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

NUMÉRO DE CONTRÔLE EXTERNE

--	--	--	--

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA PÉRIODE

ANNÉE			MOIS			JOUR			ANNÉE			MOIS			JOUR		
DU									AU								

PROFESSIONNEL

PRÉNOM	NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	N° DU GROUPE	CODE DE LA SPÉCIALITÉ
--------	-----	-------------------------	--------------	-----------------------

ÉTABLISSEMENT

NOM	NUMÉRO	DÉPARTEMENT OU SERVICE
-----	--------	------------------------

À L'USAGE DE LA RÉGIE

NUMÉRO DE SÉQUENCE	CODE D'ACTE	MODIFI-CATEUR	NOMBRE D'ACTES	TARIF	MONTANT \$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
C.S.			TOTAL ▶		

À L'USAGE DE LA RÉGIE

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES
---------------------------	------------------------

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES
---------------------------	------------------------

LA PERSONNE INSCRITE AU REGISTRE DES SIGNATAIRES AUTORISÉS DE LA RÉGIE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR

TRANSMETTRE À LA RÉGIE UNE COPIE DU FORMULAIRE PORTANT LES DEUX SIGNATURES ET EN REMETTRE UNE COPIE À L'ÉTABLISSEMENT. CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.