

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

1- Établissement

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

2- 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
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR				
A CODE DE DIAGNOSTIC									
CODE D'INTERVENTION									
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU									
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR				
B CODE DE DIAGNOSTIC									
CODE D'INTERVENTION									
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU									
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F	DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR				
C CODE DE DIAGNOSTIC									
CODE D'INTERVENTION									
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE		SITUATION LIEU ÉTENDUE					
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU									

TOTAL

3- 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