

Demande de paiement

Services externes dispensés au Québec
à des résidents 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- Détails de la demande

CODE DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE QUI A DÉLIVRÉ LES CARTES DES PERSONNES ASSURÉES		NOM DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE	
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	NOUVEAU-NÉ ☐	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	NOUVEAU-NÉ ☐	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION SITUATION LIEU ÉTENDUE			
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU			
NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »	NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)		CODE DE SERVICE
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	NOUVEAU-NÉ ☐	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE M/F
DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR			
CODE DE DIAGNOSTIC			
CODE D'INTERVENTION			
ATTRIBUT D'INTERVENTION 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)

DATE
ANNÉE MOIS JOUR