Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement

Services internes dispensés à un résident 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- Patient

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)

DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ▶ ANNÉE MOIS | 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 | SITUATION LIEU ÉTENDUE | SITUATION LIEU ÉTENDUE

URGENCE ▶ ANNÉE MOIS JOUR | LOCALITÉ, PROVINCE | NUMÉRO D'AUTORISATION

DESCRIPTION DE L'URGENCE | CODE DE REGISTRE

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**