Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de remboursement ou d'ajustement
RÉSIDENT

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PAYEUR	NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT PAYEUR
NOM DE L'INSTALLATION DE STAGE	NUMÉRO DE L'INSTALLATION DE STAGE

RÉSIDENT

NUMÉRO DE RÉSIDENT

5

PÉRIODE

La demande doit s'appliquer à une période de deux semaines qui débute le dimanche et se termine le samedi.

DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUANTIÈME	NIVEAU DE STAGE	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ	CODE PAIEMENT	HEURES DEMANDÉES	MONTANT DEMANDÉ

TOTAL DES HEURES DEMANDÉES

TOTAL DU MONTANT DEMANDÉ

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES	NOM EN LETTRES MOULÉES

La personne qui signe au nom de l'établissement atteste que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

SIGNATAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT

DATE		
ANNÉE	MOIS	JOUR

Veuillez remplir le formulaire, le signer et l'envoyer par courriel à pilotage.paiements.forfaitaires@ramq.gouv.qc.ca.

CONSERVEZ L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS