

Demande de paiement

Services internes dispensés au Québec
à un résident 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- Patient

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ »		NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE ASSURÉE INSCRITS SUR LA CARTE (LETTRES MAJUSCULES)			
DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE ANNÉE MOIS JOUR	PROVINCE QUI A DÉLIVRÉ LA CARTE	NOUVEAU-NÉ <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CODE	DÉCÈS <input type="checkbox"/>
CODE DE DIAGNOSTIC			CODE D'INTERVENTION			ATTRIBUT D'INTERVENTION
SITUATION		LIEU	ÉTENDUE		SITUATION	
LIEU		ÉTENDUE		SITUATION		LIEU
ÉTENDUE		SITUATION		LIEU		ÉTENDUE
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