

Exemple - Examen enfant de - de 3 ans

1. Renseignements sur le professionnel

Nom de famille <i>La Brosse</i>	Prénom <i>Adam</i>	Rôle <i>1</i>	Numéro du professionnel <i>2 12345</i>
------------------------------------	-----------------------	------------------	---

2. Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille <i>Untel</i>	Prénom <i>Jean</i>	Numéro d'assurance maladie <i>UNTJ17010100</i>		
Diagnostic <input checked="" type="checkbox"/> CIM-9 <input type="checkbox"/> CIM-10 <i>5236 Plaque dentaire</i>		Date de naissance Année: <i>2017</i> Mois: <i>01</i> Jour: <i>01</i>	Sexe <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Situation de la personne assurée (délai de carence)				

3. Renseignements sur les services couverts

Date de service Année: <i>2020</i> Mois: <i>02</i> Jour: <i>21</i>		Heure de service	Lieu de dispensation <i>clinique dentaire Labrosse 1234, rue inventée, ville, Qc, A1B 2C3</i>	Précision/Secteur d'activité
Code de facturation	Dent	Surface	Élément de contexte	Élément de mesure
<i>01120</i>				
<i>94540</i>				
<i>94541</i>				
Professionnel en référence <i>—</i>		Lieu en référence <i>—</i>		Date de l'autorisation de la prothèse Année: Mois: Jour:

4. Signature du professionnel

Je certifie avoir rendu les services inscrits à la section 3.

[Signature]

Signature du professionnel ou de son mandataire

Réservé à la RAMQ

<input type="checkbox"/> Recevable	<input type="checkbox"/> Non recevable : _____
<input type="checkbox"/> Conforme	<input type="checkbox"/> Non conforme : _____