Exemple - Nettoyage - Adulte

Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de paiement

Services dentaires – Professionnel désengagé

1. Renseignements sur le professionnel

Nom de famille	Prénom	Rôle	Numéro du professionnel
Labrosse	Adam	1	2 12345

2. Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance maladie
Dubois	Yvan	DUBY 7505 0500

Diagnostic		Date de naissance (Année Mois Jour)	Sexe
☑ CIM-9 ☐ CIM-10 5236	Tartre	1975 05 05	☑ M ☐ F

Situation de la personne assurée (délai de carence)

3. Renseignements sur les services couverts

Date de service (Année Mois Jour)	Heure de service	Lieu de dispensation	Précision/Secteur d'activité
2020 02 21		Clinique dentaire Labrosse 1234, rue Inventée, ville, Qc, A1B 2C3	—

Code de facturation	Dent	Surface	Élément de contexte	Élément de mesure
01130				
13200				
11200				
43500				
94541				

Professionnel en référence	Lieu en référence	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 du professionnel ou de son mandataire

Réservé à la RAMQ

☐ Recevable ☐ Non recevable : _____

☐ Conforme ☐ Non conforme : _____

4448 292 20/02

Ce formulaire n'est pas une facture. Voyez les directives au verso.