Exemple - Restaurations antérieures

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	212345

2. Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance maladie
Lafleur	Marie	LAFM 8559 2000

Diagnostic	Date de naissance (Année Mois Jour)	Sexe
☑ CIM-9 ☐ CIM-10 5210 Carie	1985 09 20	☐ 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 LaSrosse 1234 rue Inventée, Ville, Qc A1B 2C3	—

Code de facturation	Dent	Surface	Élément de contexte	Élément de mesure
23103	11	M		
23102	22	B		
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.