

*Exemple - Restaurations postérieures et isolation complexe d'une dent*

**Demande de paiement**  
 Services dentaires - Professionnel désengagé

**1. Renseignements sur le professionnel**

Nom de famille <i>Labrosse</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>Fidif</i>	Prénom <i>Mika</i>	Numéro d'assurance maladie <i>F1CM93103100</i>		
Diagnostic <input checked="" type="checkbox"/> CIM-9 <input type="checkbox"/> CIM-10 <i>5210 Carie</i>		Date de naissance Année Mois Jour <i>1 9 9 3   1 0 3 1</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 Mois Jour <i>20 20 02 21</i>			Heure de service	Lieu de dispensation <i>clinique dentaire Labrosse</i>	Précision/Secteur d'activité
				<i>1234, Rue Invention, Ville, Qc, A1B 2C3</i>	<i>—</i>
Code de facturation	Dent	Surface	Élément de contexte		Élément de mesure
<i>21 999</i>	<i>16</i>				
<i>21 224</i>	<i>16</i>	<i>MOBD</i>			
<i>21 999</i>	<i>37</i>				
<i>21 222</i>	<i>37</i>	<i>MO</i>			
<i>23 999</i>	<i>14</i>				
<i>23 301</i>	<i>14</i>	<i>B</i>			
<i>72 100</i>	<i>46</i>		<i>d'une même séance qu'une chirurgie principale.</i>		
<i>72 100</i>	<i>47</i>		<i>*38 - Chirurgie secondaire pratiquée au cours</i>		
<i>94 541</i>			<i>*Notez que le code est associé à l'élément de</i>		
			<i>contexte et non au numéro de la dent.</i>		
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]*

Signature du professionnel ou de son mandataire

**Réservé à la RAMQ**

Recevable    Non recevable : \_\_\_\_\_

Conforme    Non conforme : \_\_\_\_\_