

FORMULAIRE POUR FRAIS D'HOSPITALISATION

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'HÔPITAL

N° DE FOURNISSEUR DE L'HÔPITAL	N° DE RÉFÉRENCE DE L'HÔPITAL
--------------------------------	------------------------------

NOM DE L'HÔPITAL

ADRESSE DE L'HÔPITAL

CATÉGORIE D'HÔPITAL:

GÉNÉRAL CHRONIQUE CONVALESCENCE/RÉHAB. AUTRE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT

N° D'IDENTIFICATION GREEN SHIELD: _____

NOM DU PATIENT: _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

NOM DU SOURISCRIPTEUR: _____

LIEN DU PATIENT AVEC LE SOURISCRIPTEUR: _____

LE PATIENT DÉTIENT-IL UNE AUTRE PROTECTION D'ASSURANCE POUR CHAMBRE SEMI-PRIVÉE/PRIVÉE? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER : NO DE POLICE _____ NOM DE L'ASSUREUR OU DU RÉGIME _____

SI L'AUTRE PROTECTION EST OFFERTE PAR GREEN SHIELD, INDIQUEZ LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION _____

L'HOSPITALISATION A-T-ELLE ÉTÉ RENDUE NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT IMPLIQUANT UN VÉHICULE
 MOTORISÉ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS DE FACTURATION

	NOMBRE DE JOURS	TARIF PAR JOUR	DATE D'ADMISSION	DATE DE SORTIE	CATÉGORIE DE CHAMBRE A – ACTIF R – RÉ CH – CHRONIQUE / SOINS CONTINUS, ALC – SOINS AU NIVEAU ALTERNATIFS	MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ
CHAMBRE SEMI-PRIVÉE (MAXIMUM 2 LITS)						
CHAMBRE PRIVÉE (MAXIMUM 1 LIT)						

* SI LE PATIENT ÉTAIT DANS UNE CHAMBRE PRIVÉE, VEUILLEZ INDIQUER LE TARIF PAR JOUR POUR UNE CHAMBRE SEMI-PRIVÉE : _____ \$

DATE _____ SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE POUR L'HÔPITAL _____

CESSION

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS CI-DESSUS SONT EXACTS. LA CATÉGORIE DE CHAMBRE FACTURÉE EST TELLE QUE DEMANDÉE PAR LE PATIENT. PAR LA PRÉSENTE, JE CÈDE À L'HÔPITAL CI-HAUT MENTIONNÉ LA TOTALITÉ DES PRESTATIONS POUR FRAIS D'HOSPITALISATION PRÉVUES PAR MON RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION OU LA PARTIE DE CES PRESTATIONS REQUISE POUR ACQUITTER MA DETTE OU CELLE D'UNE PERSONNE À MA CHARGE ENVERS LEDIT HÔPITAL POUR CETTE PÉRIODE D'HOSPITALISATION.

DATE _____ SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME _____

AUTORISATION

PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE L'HÔPITAL CI-HAUT NOMMÉ À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR CE FORMULAIRE

DATE _____ PATIENT OU PARENT S'IL S'AGIT D'UN MINEUR _____

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Green Shield Canada à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Green Shield Canada pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Green Shield Canada à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

Le patient/membre de régime assumera les coûts engagés pour l'obtention de ces renseignements, s'il y a lieu.	Vous devez nous soumettre toute demande de règlement dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).
---	--