

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 de Green Shield : _____

Nom du patient : _____ Date de naissance : ____/____/____

Membre du régime : _____

Lien du patient avec le membre du régime : _____

Le patient détient-il une autre protection d'assurance pour chambre semi-privée/privée ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer : n° de police _____ Nom de l'assureur ou du régime _____

Si l'autre couverture est Green Shield Canada, indiquez le numéro ID Green Shield Canada _____

L'hospitalisation a-t-elle été rendue nécessaire à la suite d'un accident impliquant un véhicule motorisé ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FACTURATION

| | Nombre de Jours | Tarif par Jour | Date d'admission | Date de sortie | Catégorie de chambre A - Actif R - Réhab 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-HAUT 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/LE MEMBRE DU RÉGIME DOIT DÉFRAYER LES COÛTS D'OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL YA LIEU.

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DU SERVICE (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).