

**Demande de règlement des frais d'hospitalisation  
(pour les frais non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux)**

<b>SECTION A : Déclaration de l'employé(e)/du titulaire du certificat</b>					
<b>Société d'assurances/administrateur du régime</b>					
Nom					
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)					
<b>Employé(e)/titulaire du certificat</b>					
Nom			Prénom		Date de naissance (jour, mois, année)
Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)					
Lien de parenté avec la personne hospitalisée					
<input type="checkbox"/> Personne assurée elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre					
N° de la police ou du contrat		N° de la section ou de la division		N° d'identité (n° du cert. ou d'ass. soc.)	
				-      -	
Nom de l'employeur					
<b>Personne hospitalisée</b>					
Nom			Prénom		Date de naissance (jour, mois, année)
Adresse					
Des prestations en cas d'hospitalisation vous seront-elles versées ou des services vous seront-ils fournis en vertu d'un autre régime (ex. : indemnisation des accidents du travail, assurance souscrite par l'employeur du conjoint)?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit :					
N° de la police		Nom de l'assureur ou de l'administrateur du régime		Date de naissance du conjoint	
Cession					
Je cède à l'hôpital mentionné ci-dessous toutes les prestations auxquelles me donne droit l'assurance précitée, jusqu'à concurrence du montant de ma dette envers l'hôpital ou de celle de la personne à ma charge.					
Date (jour, mois, année)		Signature de l'employé(e)/du titulaire du certificat			
Autorisation					
J'autorise l'hôpital mentionné ci-dessous à communiquer les renseignements que contient la présente formule.					
Date (jour, mois, année)		Signature de la personne hospitalisée ou du tuteur			
<b>SECTION B : Hôpital</b>					
Nom de l'hôpital					
Adresse de l'hôpital (numéro, rue, ville, province, code postal)					
N° du dossier		Nom de la personne hospitalisée			
Date d'admission à l'hôpital (jour, mois, année)		Date de sortie de l'hôpital (jour, mois, année)		Différence entre le tarif quotidien pour une salle et celui pour une chambre à deux lits	
Raison de l'hospitalisation			L'hospitalisation est-elle survenue à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle?		
<input type="checkbox"/> Maladie aiguë <input type="checkbox"/> Convalescence <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>SECTION C : Frais d'hospitalisation non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux</b>					
<b>Frais</b>	<b>Nombre de jours</b>	<b>Tarif</b>	<b>Somme due</b>	<b>Acompte versé</b>	<b>Solde dû</b>
Chambre à deux lits					
Chambre particulière					
Frais modérateurs					
Autres frais (préciser)					
<b>Total des frais</b>					
<b>Autorisation de l'hôpital</b>					
Date (jour, mois, année)			Signature d'un représentant autorisé de l'hôpital		

