



## FORMULAIRE POUR FRAIS D'HOSPITALISATION

<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'HÔPITAL</b>						
N° de fournisseur de l'hôpital : _____			N° de dossier du patient _____			
Nom de l'hôpital : _____						
Adresse de l'hôpital : _____						
Catégorie d'hôpital : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Convalescence/Réhab. <input type="checkbox"/> Autre						
<b>RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT</b>						
N° d'identification du membre du régime _____						
Nom du patient : _____			Date de naissance : ____/____/____			
Nom du membre du régime _____						
Lien du patient avec le membre du régime : _____						
Le patient détient-il une autre couverture d'assurance pour une chambre à un lit ou à deux lits ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez indiquer : n° de police _____ Nom de l'assureur ou du régime _____						
Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime _____						
L'hospitalisation a-t-elle été rendue nécessaire à la suite d'un accident d'automobile ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FACTURATION</b>						
	Nombre de jours	Tarif par jour	Date d'admission	Date de sortie	Catégorie de chambre A - Actif R - Réhabilitation CH - Chronique/soins continus ANS - Autre niveau de soins	Remboursement total demandé
Chambre à deux lits (maximum 2 lits)						
* Chambre à un lit (maximum 1 lit)						
* Si le patient était dans une chambre à un lit, veuillez indiquer le tarif par jour pour une chambre à deux lits : _____ \$						
DATE _____						
SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE POUR L'HÔPITAL						
<b>CESSION</b>						
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS CI-HAUT SONT EXACTS. LA CATÉGORIE DE CHAMBRE FACTURÉE EST TELLE QU'ELLE A ÉTÉ 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 OU DE L'EMPLOYÉ _____						
<b>AUTORISATION</b>						
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 RBC Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par RBC Vie 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 RBC Vie 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 OU LE MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS POUR OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).