

Établissement de santé

NOM ET ADRESSE		N° DU FORMULAIRE D'ADMISSION ET/OU DE DÉPART		N° DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	
CODE POSTAL		DATE D'ADMISSION		Province d'origine (émettrice de la carte) PROVINCE OF COVERAGE	
		ANNÉE MOIS JOUR			

Identité du patient (Prière de fournir tous les renseignements inscrits sur la carte d'assurance maladie)
 PATIENT IDENTIFICATION (as shown on Health Insurance Card)

NOM DE FAMILLE INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE SURNAME		PRÉNOM(S) - GIVEN NAME(S)		INITIALES INITIALS		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE HEALTH INSURANCE NUMBER	
Adresse inscrite auprès de la province d'origine (émettrice de la carte) - Address Registered with Province of Coverage		DATE DE NAISSANCE - DATE OF BIRTH		SEXE - SEX		DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA CARTE EFFECTIVE DATE	
CODE POSTAL - POSTAL CODE		ANNÉE MOIS JOUR		M F		ANNÉE MOIS JOUR	
		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ACTUEL TELEPHONE NUMBER IND. RÉG. - POSTAL CODE				DATE D'EXPIRATION DE LA CARTE - EXPIRY DATE ANNÉE MOIS JOUR	
						ANNÉE MOIS JOUR	

Faire remplir par le patient uniquement s'il réside de façon temporaire au Québec
 TO BE COMPLETED IF PATIENT IS TEMPORARILY PRESENT IN QUÉBEC

Adresse temporaire au Québec Temporary Address in Québec		Province Province Québec		Code postal Postal Code		Numéro de téléphone Telephone Number	
Raison pour laquelle le patient reçoit des services hospitaliers assurés par la province d'origine (émettrice de la carte) : Reason for Entitlement to Insured In-patient Hospital Services from Province of Coverage:				Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay			
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT		<input type="checkbox"/> ÉTUDES : STUDY : NOM DE L'ÉTABLISSEMENT - NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION		DU - FROM		AU - TO	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN MEDICAL REFERRAL		<input type="checkbox"/> AUTRE : OTHER : S.V.P. PRÉCISER - PLEASE SPECIFY		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
<input type="checkbox"/> EMPLOI TEMPORAIRE/AFFAIRES TEMPORARY EMPLOYMENT/BUSINESS							
<input type="checkbox"/> Le patient attend de devenir admissible au régime d'assurance maladie de la province suivante (autre que le Québec) : Awaiting Eligibility for Coverage in the Province (other than Québec) of:				Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date Registered with new Health Insurance Plan:			
Adresse Address		Province Province		Code postal Postal Code		Numéro de téléphone Telephone Number IND. RÉG. - AREA CODE	

Faire remplir par le patient uniquement s'il a déménagé de façon permanente au Québec
 TO BE COMPLETED IF PATIENT HAS MADE A PERMANENT MOVE TO QUÉBEC

Adresse permanente au Québec Permanent Address in Québec		Province Province Québec		Code postal Postal Code		Numéro de téléphone Telephone Number IND. RÉG. - AREA CODE	
Dernière adresse dans l'ancienne province Last Address in Former Province		Province Province		Code postal Postal Code		Numéro de téléphone Telephone Number IND. RÉG. - AREA CODE	
Date du départ de la province d'origine Date of Departure from Province of Coverage		Date d'arrivée au Québec Date of Arrival in Québec		OU OR		Date du début de la résidence au Québec Date of Establishing Residence in Québec	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR	

Déclaration du patient ou de son représentant
 DECLARATION OF PATIENT OR REPRESENTATIVE

Par la présente, je déclare que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (émettrice de la carte). Je fais cette déclaration croyant qu'elle est véridique et sachant qu'elle a la même valeur que si elle était faite en vertu de la Loi sur la preuve au Canada.
 I hereby declare, conscientiously believing it to be true and knowing it to have the same effect as if it were made under oath and by virtue of the Canada Evidence Act, that I am entitled (or I declare on behalf of the patient that he/she is entitled) to insured hospital services from the province of coverage.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION		SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ) WITNESS (SIGNATURE OF AUTHORIZED HOSPITAL REPRESENTATIVE)		DATE	
Nom du déclarant du patient (Écrire en lettres majuscules s.v.p.) Name of Declarant if other than Patient (Please Print)		Relation avec le patient (s.v.p. préciser s'il ne s'agit pas du père, de la mère ou du tuteur) Relationship to Patient (Specify if other than Parent/Guardian)			
<input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Parent/Guardian		<input type="checkbox"/> Autre Other.....			
Adresse de la personne qui fait cette déclaration si ce n'est pas le patient Address of Person Making Declaration		Province Province		Code postal Postal Code	
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as Patient				Numéro de téléphone Telephone Number IND. RÉG. - AREA CODE	

DEMANDE DE PAIEMENT

DIAGNOSTIC				OPÉRATION			
FRAIS D'HOSPITALISATION							
DATE D'ADMISSION		DATE DE SORTIE		CODE DE SERVICE		NOMBRE DE JOURS	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR					
				MONTANT FACTURÉ		PRIX PAR JOUR	
						DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR	
						CODE	
						DÉCÈS <input type="checkbox"/>	

Renseignements complémentaires

TOTAL	

JE CERTIFIE QUE LE PATIENT A REÇU LES SERVICES INDICUÉS.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Feuille blanche : RAMQ
 Feuille jaune : ÉTABLISSEMENT
 Feuille rose : PATIENT