

ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE: | | | |

Enregistrement 1 | N° d'admission | N° dossier médical
 Correction 2 |
 Annulation 3 |

1 Nom de l'établissement HOPITAL MARIE CLARAC		Code 1 2 4 5 2 6 4 5		Type	Type d'admission	N° d'assurance-maladie	Date d'expiration
2 Nom de l'usager à la naissance		Prénom de l'usager			Nom et prénom du conjoint		
3 Adresse actuelle de l'usager(N°, Rue, app.)		Ind.rég.	N° de téléphone	Nationalité	Etat civil	Date de naissance	Sexe
4 Municipalité		Province	Code postal	Code mun. Statut	Depuis quand?	N° d'assurance sociale	L. nais
5 Adresse antérieure(en cas de changement de province dans les trois derniers mois)		Date du changement		Dossier antérieur		Oui Non	Responsabilité du paiement
6 M.D. ou D.O.S recommandant		Nom et prénom du père			Nom de fille de la mère		
7 Nom de l'employeur (si ass., C&ST, SAAQ)		Adresse		Téléphone	Occupation de l'usager		Code d'occupation
8 Nom de la compagnie d'assurance		N° de police	N° de contrat	N° de groupe	Personne à rejoindre en cas de nécessité		
9 Logement requis		N° de chambre		Per diem	Nom: Parenté: N° de téléphone:		
10 Date d'accident	Heure 0-24	Code d'accident adm.	Provenance de l'usager		Type	Code d'établissement	
11 Date d'admission	Heure 0-24	Médecin ou dentiste traitant		Code du médecin	Diagnostic d'admission		

22 Frais de séjour

M.S.S.S.		\$
Responsabilité d'un autre organisme		\$
Responsabilité de l'usager		\$
Autres frais		\$
Total		\$

	Nombre de jours	Supplément de chambre (courte durée)	Contribution de l'usager	Exonération	TOTAL	23 Nécéssité médicale	Nombre de jours	\$
Poup			\$	\$	\$			\$
Salle			\$	\$	\$			\$
Semi privé			\$	\$	\$			\$
Privé			\$	\$	\$			\$

18 Date du congé	Date de sortie	Heure 0-24	Jours de congé temporaire	Séjour total	Destination de l'usager	Type	Code d'établissement
Renseignements supplémentaires						Jours soins intensifs	Date d'inscription à l'urgence

J'assumerai la responsabilité financière de tous les services qui me seront fournis à compter de la date à laquelle j'aurai reçu mon congé.
 I will assume full financial responsibility for hospitalisation subsequent to the date of discharge authorized by the attending physician.

Signature de l'usager ou de représentant légal
 Signature of user or of his legal representative

Date | A | M | D |

J'accepte de payer l'un des montants suivants (cocher la case appropriée):
 I agree to pay one the following amounts (check the appropriate square):

En soins de courte durée, le supplément journalier de pour une chambre privée ou semi-privée
 For short-term care, the daily supplement of \$ for a private or semi-private room.

En services d'hébergement et de soins de longue durée, le montant déterminé en vertu de la loi sur les services de santé et des services sociaux pour une salle, une chambre privée ou semi-privée plus l'indexation.
 For residential and extend care services, the amount determined under the Act respecting health and social services forward accomodation, or private room, plus indexation.

J'accepte également de payer l'intérêt au taux légal couru à partir du 30e jours suivant la date de l'étal de compte qui me sera adressé.
 I also agree to pay interest charges at the legal rate as of 30th day following the date of the statement sent to me.

Date | A | M | D |

Signature de l'usager ou de représentant légal
 Signature of user or of his legal representative