

ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE : _____

Enregistrement 1
Correction 2
Annulation 3

N° d'admission N° dossier médical

1 Nom de l'établissement		Code	Type	Type d'admission	N° d'assurance-maladie		Expiration
2 Nom de l'utilisateur à la naissance		Prénom de l'utilisateur			Nom et prénom du conjoint		
3 Adresse actuelle de l'utilisateur (N°, Rue, app.)				Ind. rég.	N° de téléphone	Nationalité	État civil
		Date de naissance		Sexe			
4 Municipalité		Province	Code postal	Code municipal	Statut	Depuis quand?	N° d'assurance sociale
		Lieu naiss.					
5 Adresse antérieure (en cas de changement de province dans les trois derniers mois)				Date du changement		Oui	Non
		Dossier antérieur		Responsabilité du paiement			
6 M.D. ou D.D.S. recommandant		Nom et prénom du père			Nom de fille de la mère		
7 Nom de l'employeur (si ass., CSST, SAAQ)		Adresse	Téléphone	Occupation de l'utilisateur		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 :		
		Nom :			N° de téléphone :		
9 Logement requis		Privé	Semi-privé	Salle	Poup.	N° de chambre	Per diem
						\$	
10 Date d'accident		Heure 0-24		Code d'accident adm.	Provenance de l'utilisateur		Type
						Code d'établissement	
11 Date d'admission		Heure 0-24		Médecin ou dentiste traitant	Code du médecin	Diagnostic d'admission	

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Pouponnière</th> <th rowspan="2">Nombre de jours</th> <th rowspan="2">Supplément de chambre (courte durée)</th> <th rowspan="2">Contribution de l'utilisateur</th> <th rowspan="2">Exonération</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th colspan="5"></th> </tr> <tr> <td>Salle</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Semi-privé</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Privé</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Pouponnière	Nombre de jours	Supplément de chambre (courte durée)	Contribution de l'utilisateur	Exonération	TOTAL						Salle						Semi-privé						Privé						22 Frais de séjour M.S.S.S. _____ \$ Responsabilité d'un autre organisme _____ \$ Responsabilité de l'utilisateur _____ \$ Autres frais _____ \$ Total _____ \$	
												Pouponnière	Nombre de jours	Supplément de chambre (courte durée)	Contribution de l'utilisateur	Exonération	TOTAL																			
Salle																																				
Semi-privé																																				
Privé																																				
						23 Nécessité médicale _____ \$																														

18 Date du congé		Date de sortie		Heure 0-24	Jours de congé temporaire	Séjour total	Destination de l'utilisateur	Type	Code d'établissement

Renseignements supplémentaires _____

Jours soins intensifs _____

Date d'inscription à l'urgence
A _____ M _____ J _____

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'utilisateur ou de son représentant légal
Signature of user or of his legal representative

A M J

Date _____

- J'accepte de payer l'un des montants suivants (cocher la case appropriée) :
 - I agree to pay one of 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 les services sociaux pour une salle, une chambre privée ou semi-privée plus l'indexation.
For residential and extended care services, the amount determined under the Act respecting health and social services forward accommodation, or a private or semi-private room, plus indexation.
- J'accepte également de payer l'intérêt au taux légal couru à partir du 30^e jour suivant la date de l'état de compte qui me sera adressé.
 - I also agree to pay interest charges at the legal rate as of the 30th day following the date of the statement sent to me.
- A M J
- Date _____

ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE : | | | | |

Enregistrement 1
Correction 2
Annulation 3

N° d'admission

N° dossier médical

1 Nom de l'établissement		Code	Type	Type d'admission	N° d'assurance-maladie	Expiration
2 Nom de l'utilisateur à la naissance		Prénom de l'utilisateur			Nom et prénom du conjoint	
3 Adresse actuelle de l'utilisateur (N°, Rue, app.)			Ind. rég.	N° de téléphone	Nationalité	État civil
4 Municipalité		Province	Code postal	Code municipal	Statut	Depuis quand?
5 Adresse antérieure (en cas de changement de province dans les trois derniers mois)				Date du changement	Oui	Non
6 M.D. ou D.D.S. recommandant		Nom et prénom du père			Nom de fille de la mère	
7 Nom de l'employeur (si ass., CSST, SAAQ)		Adresse	Téléphone	Occupation de l'utilisateur		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	Privé	Semi-privé	Salle	Poup.	N° de chambre	Per diem
						Nom :
10 Date d'accident		Heure 0-24	Code d'accident adm.	Provenance de l'utilisateur		Type
11 Date d'admission		Heure 0-24	Médecin ou dentiste traitant	Code du médecin	N° de téléphone :	

À L'USAGE DE LA COMPTABILITÉ

21						22 Frais de séjour	
Pouponnière	Nombre de jours		Supplément de chambre (courte durée)	Contribution de l'utilisateur	Exonération	TOTAL	M.S.S.S.
							Responsabilité d'un autre organisme
							Responsabilité de l'utilisateur
							Autres frais
							Total
23						Nécessité médicale	
18 Date du congé						Nombre de jours	
Date de sortie		Heure 0-24	Jours de congé temporaire	Séjour total	Destination de l'utilisateur		
Renseignements supplémentaires						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'utilisateur ou de son représentant légal
Signature of user or of his legal representative

A M J

Date | | | | |

J'accepte de payer l'un des montants suivants (cocher la case appropriée) :
I agree to pay one of 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 les services sociaux pour une salle, une chambre privée ou semi-privée plus l'indexation.
For residential and extended care services, the amount determined under the Act respecting health and social services forward accommodation, or a private or semi-private room, plus indexation.

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

A M J

Date | | | | |

Signature de l'utilisateur ou de son représentant/Signature of user or of his legal representative

ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE : _____

Enregistrement 1		N° d'admission		N° dossier médical		
Correction 2						
Annulation 3						
1 Nom de l'établissement		Code	Type	Type d'admission	N° d'assurance-maladie	Expiration
2 Nom de l'utilisateur à la naissance		Prénom de l'utilisateur			Nom et prénom du conjoint	
3 Adresse actuelle de l'utilisateur (N°, Rue, app.)			Ind. rég.	N° de téléphone	Nationalité	État civil
			Date de naissance	A	M	J
4 Municipalité		Province	Code postal	Code municipal	Statut	Depuis quand?
					N° d'assurance sociale	Lieu naiss.
5 Adresse antérieure (en cas de changement de province dans les trois derniers mois)				Date du changement	A	M
				J	Oui	Non
				Dossier antérieur		Responsabilité du paiement
6 M.D. ou D.D.S. recommandant		Nom et prénom du père			Nom de fille de la mère	
7 Nom de l'employeur (si ass., CSST, SAAQ)		Adresse	Téléphone	Occupation de l'utilisateur		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 :	
				Nom :		
9 Logement requis		Privé	Semi-privé	Salle	Poup.	N° de chambre
						Per diem
						\$
				N° de téléphone :		Ind. rég.
10 Date d'accident		A	M	J	Heure 0-24	Code d'accident adm.
						Provenance de l'utilisateur
11 Date d'admission		A	M	J	Heure 0-24	Médecin ou dentiste traitant
						Code du médecin

CECI N'EST PAS UN COMPTE

Ce document ne vous est transmis qu'à titre de renseignement seulement.

21						22 Frais de séjour	
						M.S.S.S.	
						Responsabilité d'un autre organisme	
						Responsabilité de l'utilisateur	
						Autres frais	
						Total	
						23	
						Nécessité médicale	
						Nombre de jours	

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

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.

- J'accepte de payer l'un des montants suivants (cocher la case appropriée) :
- I agree to pay one of 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 les services sociaux pour une salle, une chambre privée ou semi-privée plus l'indexation.
For residential and extended care services, the amount determined under the Act respecting health and social services forward accomodation, or a private or semi-private room, plus indexation.

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

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

Date _____

Date _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant / Signature of user or of his legal representative

ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE : | | | | |

Enregistrement 1
Correction 2
Annulation 3

N° d'admission N° dossier médical

1 Nom de l'établissement		Code	Type	Type d'admission	N° d'assurance-maladie	Expiration
2 Nom de l'utilisateur à la naissance		Prénom de l'utilisateur			Nom et prénom du conjoint	
3 Adresse actuelle de l'utilisateur (N°, Rue, app.)				Ind. rég.	N° de téléphone	Nationalité
4 Municipalité		Province	Code postal	Code municipal	Statut	Depuis quand?
5 Adresse antérieure (en cas de changement de province dans les trois derniers mois)				Date du changement	Oui	Non
6 M.D. ou D.D.S. recommandant		Nom et prénom du père			Nom de fille de la mère	
7 Nom de l'employeur (si ass., CSST, SAAQ)		Adresse		Téléphone	Occupation de l'utilisateur	
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		Privé	Semi-privé	Salle	Poup.	N° de chambre
				Per diem		
				\$	N° de téléphone :	
10 Date d'accident		Heure 0-24	Code d'accident adm.	Provenance de l'utilisateur		Type
						Code d'établissement
11 Date d'admission		Heure 0-24	Médecin ou dentiste traitant	Code du médecin		

21						22 Frais de séjour	
						M.S.S.S.	
						Responsabilité d'un autre organisme	
						Responsabilité de l'utilisateur	
						Autres frais	
						Total	
						23 Nécéssité médicale	
						Nombre de jours	

18 Date du congé		Date de sortie		Heure 0-24	Jours de congé temporaire	Séjour total	Destination de l'utilisateur		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'utilisateur ou de son représentant légal
Signature of user or of his legal representative

Date | | | | |

• J'accepte de payer l'un des montants suivants (cocher la case appropriée) :
 • *I agree to pay one of 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 les services sociaux pour une salle, une chambre privée ou semi-privée plus l'indexation.
For residential and extended care services, the amount determined under the Act respecting health and social services forward accomodation, or a private or semi-private room, plus indexation.

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

Date | | | | |