ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE:

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

1 Nom de l'établissement | Code | 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 | État civil | Date de naissance | Sexe

4 Municipalité | Province | Code postal | Code muni. | Statut | Depuis quand? | N° d'assurance sociale | L. naiss

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.D.S recommandant | Nom et prénom du père | Nom de fille de la mère

7 Nom de l'employeur (si ass., CSST, SAAQ) | Adresse | Téléphonne | 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

Parenté:

N° de téléphone:

9 Logement requis | N° de chambre | Per diem

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

	Nombre de jours	Supplément de chambre (courte durée)	Contribution de l'usager	Exonération	TOTAL
Poup.					
Salle					
Semi-privé					
Privé					

22 Frais de séjour

M.S.S.S.		$
Responsabilité d'un autre organisme		$
Responsabilité de l'usager		$
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'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 agreee 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'état 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