

Déclaration d'assurance hospitalisation

Hospital Insurance Declaration
Services internes dispensés au Québec
 à un résident d'une autre province ou d'un territoire
 Inpatient services provided in Québec to a resident of another province or territory

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE/LEAVE THIS SPACE BLANK

Numéro de contrôle externe/External control number

Établissement

Code de l'établissement	Nom de l'établissement	Date d'admission
		Année Mois Jour
Adresse (numéro, rue, localité)		CODE POSTAL

Patient Fournir tous les renseignements inscrits sur la « carte santé » - Provide all information appearing on health card

NUMÉRO DE LA « CARTE SANTÉ » HEALTH CARD NUMBER	Nom et prénom de la personne assurée en lettres majuscules Last name and first name of insured person, in block letters	Numéro de téléphone Phone Number
		()
Date de naissance - Birthdate	Sexe - Sex	Province ayant délivré la carte Province that issued card
ANNÉE MOIS JOUR YEAR MONTH DAY	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date d'entrée en vigueur de la carte Effective date of card	Date d'expiration de la carte Expiry date of card	
Année Mois Jour Year Month Day	Année Mois Jour Year Month Day	
Adresse (numéro, rue, localité) - Address (number, street, locality)		Province CODE POSTAL POSTAL CODE

Résidence temporaire au Québec - Temporary residence in Québec

Adresse (numéro, rue, localité) Address (number, street, locality)	Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
			()
Raison pour laquelle le patient reçoit au Québec des services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte) : Reason for which patient receives hospital services in Québec that are insured by patient's province of origin		Durée prévue du séjour - Anticipated duration of stay	
<input type="checkbox"/> VACANCES/EN TRANSIT VACATION/IN TRANSIT	<input type="checkbox"/> ÉTUDES : EDUCATION: NOM DE L'ÉTABLISSEMENT - NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTION	DU - FROM AU - TO	
<input type="checkbox"/> RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN REFERRAL BY A PHYSICIAN	<input type="checkbox"/> PRÉCISER : SPECIFY:	Année Mois Jour Year Month Day	Année Mois Jour Year Month Day
<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 ci-dessous (autre que le Québec) : Patient is awaiting eligibility for the health insurance plan of the province indicated below (other than Québec) :	Date d'inscription au régime d'assurance maladie de cette province Date of registration for health insurance plan of that province	ANNÉE YEAR	MOIS MONTH
Adresse dans cette province (numéro, rue, localité) Address in that province (number, street, locality)	Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
			()

Installation permanente au Québec - Permanent establishment of residence in Québec

Adresse permanente au Québec Permanent address in Québec	Province Québec	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
			()
Dernière adresse dans la province ayant délivré la « carte santé » Last address in province that issued health card	Province	CODE POSTAL POSTAL CODE	Numéro de téléphone Phone Number
			()
Date du départ de la province ayant délivré la « carte santé » Date of departure from province that issued health card	Année Mois Jour Year Month Day	<input type="checkbox"/> Date du début de l'installation permanente au Québec Date of beginning of permanent residence in Québec	Année Mois Jour Year Month Day

Déclaration du patient ou de son représentant - Declaration by patient or by patient's representative

Par la présente, je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais, exacts et complets. Je déclare également que je suis admissible (ou je déclare que le patient que je représente est admissible) aux services hospitaliers assurés par la province d'origine (ayant délivré la carte). Je fais ces déclarations croyant qu'elles sont véridiques et sachant qu'elles ont la même valeur que si elles étaient faites en vertu de la Loi sur la preuve au Canada. De plus, je déclare (ou je déclare pour le patient que je représente) être informé que les renseignements nécessaires seront communiqués aux organismes administratifs concernés en vue de la facturation de ces services à ma province d'origine. I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete. I further declare that I am eligible (or that the patient I represent is eligible) for hospital services insured by my province of origin (the province that issued the card). I am making these declarations believing that they are true and knowing that they have the same value as though made under the *Canada Evidence Act*. In addition, I consent to the disclosure of the necessary information to the administrative organizations concerned for the purpose of billing these services to my province of origin.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT CETTE DÉCLARATION SIGNATURE OF PERSON MAKING DECLARATION	SIGNATURE DU TÉMOIN (REPRÉSENTANT DE L'ÉTABLISSEMENT) SIGNATURE OF WITNESS (REPRESENTATIVE OF FACILITY)	Date
Nom du représentant du patient en lettres majuscules Name of patient's representative, in block letters	Lien avec le patient Relationship to patient	
	<input type="checkbox"/> Père, mère ou tuteur Father, mother or guardian	<input type="checkbox"/> Préciser Specify
Adresse de la personne qui fait cette déclaration, si ce n'est pas le patient Address of person making this declaration, if not the patient	Province	CODE POSTAL POSTAL CODE
<input type="checkbox"/> Même que celle du patient Same as that of patient		
		Numéro de téléphone Phone Number
		()