

**DEMANDE DE RÈGLEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION
(POUR LES FRAIS NON COUVERTS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAUX)**

| | | |
|--|--|--|
| SECTION A : DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)/DU TITULAIRE DU CERTIFICAT SOCIÉTÉ D'ASSURANCES/ADMINISTRATEUR DU RÉGIME | | |
| Nom | | |
| Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) | | |
| EMPLOYÉ(E)/TITULAIRE DU CERTIFICAT | | |
| Nom | Prénom | Date de naissance (jour, mois, année) |
| Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) | | N° de téléphone |
| Lien de parenté avec la personne hospitalisée <input type="checkbox"/> Personne assurée elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre | | |
| N° de la police ou du contrat | N° de la section ou de la division | N° d'identité (n° du cert. ou d'ass. soc.) |
| Nom de l'employeur | | |
| PERSONNE HOSPITALISÉE | | |
| Nom | Prénom | Date de naissance (jour, mois, année) |
| Adresse | | |
| Des prestations en cas d'hospitalisation vous seront-elles versées ou des services vous seront-ils fournis en vertu d'un autre régime (ex. : indemnisation des accidents du travail, assurance souscrite par l'employeur du conjoint)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Dans l'affirmative, veuillez remplir ce qui suit : | | |
| N° de la police | Nom de l'assureur ou de l'administrateur du régime | Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa) |
| Cession Je cède à l'hôpital mentionné ci-dessous toutes les prestations auxquelles me donne droit l'assurance précitée, jusqu'à concurrence du montant de ma dette envers l'hôpital ou de celle de la personne à ma charge. | | |
| Date (jour, mois, année) | Signature de l'employé(e)/du titulaire du certificat | |
| Autorisation J'autorise SécurIndemnité, l'hôpital mentionné ci-dessous, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé. Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés ci-dessous ainsi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services. | | |
| Date (jour, mois, année) | Signature de la personne hospitalisée ou du tuteur | |

| | | |
|--|---|--|
| SECTION B : HÔPITAL | | |
| Nom de l'hôpital | | |
| Adresse de l'hôpital (numéro, rue, ville, province, code postal) | | |
| N° du dossier | Nom de la personne hospitalisée | |
| Date d'admission à l'hôpital (jour, mois, année) | Date de sortie de l'hôpital (jour, mois, année) | Différence entre le tarif quotidien pour une salle et celui pour une chambre à deux lits |
| Raison de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Maladie aiguë <input type="checkbox"/> Convalescence <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Autre | | L'hospitalisation est-elle survenue à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

| | | | | | |
|---|-----------------|-------|---|---------------|----------|
| SECTION C : FRAIS D'HOSPITALISATION NON COUVERTS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAUX | | | | | |
| Frais | Nombre de jours | Tarif | Somme due | Acompte versé | Solde dû |
| Chambre à deux lits | | | | | |
| Chambre particulière | | | | | |
| Frais modérateurs | | | | | |
| Autres frais (préciser) | | | | | |
| Total des frais | | | | | |
| Autorisation de l'hôpital | | | | | |
| Date (jour, mois, année) | | | Signature d'un représentant autorisé de l'hôpital | | |