

Demande de règlement Rente hospitalière / Indemnité quotidienne Déclaration de l'assuré

Le formulaire doit être soumis dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'hôpital.

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ N° de police : _____
Date de naissance : _____ jour/mois/année N° d'assurance maladie de l'assuré : _____
Adresse : _____
Tél. domicile : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____
Nom du preneur de la police : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'HOSPITALISATION

1. Quelle est la raison de l'hospitalisation ? blessure maladie grossesse
2. Quand avez-vous été informé que vous deviez être hospitalisé : _____ jour/mois/année
3. S'il s'agit d'une maladie, indiquez la date d'apparition des symptômes : _____ jour/mois/année
4. S'il s'agit d'une blessure due à un accident, indiquez le moment de l'accident : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm
Lieu de l'accident (précisez si possible l'adresse civique et indiquez s'il s'agit d'une résidence, d'un édifice public, d'une route, d'un chantier, etc.) : _____
Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident s'est produit) : _____

Nom des témoins : _____
Y a-t-il eu un rapport de police ? oui non Si oui, veuillez joindre une copie à votre demande.
5. Décrivez la blessure ou indiquez le nom de la maladie : _____
6. Quelle est la date du premier traitement ou de la première consultation pour cette maladie : _____ jour/mois/année
7. Quelles sont les dates d'hospitalisation : du _____ jour/mois/année au _____ jour/mois/année
8. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? oui non Si oui, quelle est la date ? _____ jour/mois/année
Nature de l'intervention : _____
9. Durant votre hospitalisation, avez-vous été admis dans une unité de soins intensifs ? oui non Si oui, combien de temps ? _____ jours
10. Avez-vous déjà été traité pour cette maladie ou une condition analogue ? oui non Si oui, veuillez préciser :
Nom et adresse de l'hôpital : _____

Numéro de dossier d'hôpital : _____ Raison de l'hospitalisation : _____
Dates d'hospitalisation : du _____ jour/mois/année au _____ jour/mois/année

ATTESTATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.

Signature _____

_____ jour/mois/année
Date

Signature du preneur si la personne assurée a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

AVIS IMPORTANT

Les formulaires rassemblés dans ce document sont requis lors d'une demande de prestations en vertu des garanties **Indemnité quotidienne** ou **Rente hospitalière**.

Il faut répondre à toutes les questions du formulaire et soumettre la demande dans les 90 jours suivant le congé de l'hôpital.

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

- Les sections IDENTIFICATION, RENSEIGNEMENTS SUR L'HOSPITALISATION et ATTESTATION doivent être remplies.
- Le formulaire ATTESTATION D'HOSPITALISATION dûment rempli doit être annexé à la demande de prestations.

ATTESTATION D'HOSPITALISATION

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré ; l'attestation doit être remplie par une personne autorisée.
- Les frais exigés pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

Important

Il ne faut rien écrire ni modifier les notes inscrites par la personne autorisée. Pour apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis, utiliser une feuille séparée.

AUTORISATION

- Lire attentivement le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée. Ce formulaire sera utilisé pour obtenir les renseignements nécessaires à l'analyse de votre demande ou pour communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Les trois autorisations doivent être signées et datées pour éviter tout délai dans le traitement de la demande.
- Signer au crayon à bille à encre bleue. Certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

Soumettre la demande à l'adresse indiquée ci-dessous, selon la province de résidence. Pour toute question, communiquer avec le service des règlements par téléphone avant d'envoyer votre demande pour éviter les délais inutiles. Les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

Croix Bleue Canassurance
Règlements, assurances santé individuelle
Téléphone : 1 800-363-3958

Adresse au Québec
1981, avenue McGill College, bureau 105
Montréal (Québec) H3A 0H6
Site sécurisé : qc.croixbleue.ca/depot

Adresse en Ontario
Casier Postal 4433, Station A
Toronto (Ontario) M5W 3Y7
Site sécurisé : on.bluecross.ca/depot

Indemnité quotidienne Rente hospitalière Attestation d'hospitalisation

Il est de la responsabilité du patient de faire remplir cette attestation par une personne dûment autorisée.

IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ jour/mois/année N° de police : _____ N° d'assurance maladie : _____

N° de dossier d'hôpital : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'HOSPITALISATION

DIAGNOSTIC

1. Diagnostic principal : _____ Code CIM-9 : _____

2. Diagnostic secondaire : _____ Code CIM-9 : _____

3. Date de la première consultation pour cette condition : _____ jour/mois/année

UNITÉ DE SOINS INTENSIFS (si applicable)

1. Date d'admission : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm

2. Date de sortie : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm Nombre de jours : _____

SOINS DE COURTE DURÉE

1. Date d'admission : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm Type de chambre : privé semi-privé salle

2. Date de sortie : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm Nombre de jours : _____

SOINS DE LONGUE DURÉE OU DE RÉADAPTATION

1. Date d'admission : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm Type de chambre : privé semi-privé salle

2. Date de sortie : _____ jour/mois/année Heure : _____ am pm Nombre de jours : _____

CHIRURGIE D'UN JOUR

1. Date de l'intervention : _____ jour/mois/année Lieu : unité ambulatoire clinique externe

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

Nom de l'établissement : _____

Type d'établissement : centre hospitalier centre de réadaptation hôpital maison de convalescence

Adresse : _____

Nom du signataire, en lettres moulées : _____ Fonction : _____

Signature : _____ Date : _____ jour/mois/année Téléphone : _____

ATTESTATION

J'atteste, par la présente, que le patient a été hospitalisé et a reçu les soins indiqués ci-dessus.

Nom de la personne autorisée, en lettres moulées

Téléphone

Signature de la personne autorisée

jour/mois/année

Date