

SERVICES RENDUS FACTURABLES

Prénom : _____
Nom : _____
Dossier : _____ ou **date de naissance** _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Assurance hospitalisation hors Québec

Date du service : _____

RESPONSABILITÉ 6-7

Ancien combattant

N.B. : S'assurer que les soins reçus soient reliés à une blessure de guerre

RESPONSABILITÉ 8

Armée canadienne

No de matricule : _____
Nom de la base : _____
Adresse de la base : _____
No de téléphone : _____

GRC (Gendarmerie royale du Canada)

No de matricule : _____

Détenu fédéral (prison fédérale)

Nom de l'institution : _____
Adresse de l'institution : _____
No de téléphone : _____

Réfugié politique

N.B. : Photocopier le formulaire (IMM 1442) attestant son éligibilité auprès de Santé Canada et le faire parvenir au service de perception (annexé à une copie du présent formulaire). Vérifier la date d'expiration de son statut d'immigré.

RESPONSABILITÉ 9

Hors Québec

No d'assurance maladie : _____
Nom de la province (au long) : _____
N.B. : Noter le no d'assurance maladie de l'usager qui est en vigueur dans sa province de résidence et indiquer la date d'expiration de sa carte. De plus, estamper sa carte en haut du présent formulaire, à gauche.

Touriste = Hors Canada

No de passeport : _____
No de permis de conduire : _____
Nom et adresse d'une personne pouvant se porter garante pour l'usager, domiciliée au Québec si possible :

RESPONSABILITÉ 10

Sans RAMQ valide = Québécois

Signature de l'usager, car il sera facturé _____
N.B. : Durant les heures d'ouverture de la RAMQ, distribuer à l'usager le formulaire « Validité de la carte d'assurance maladie ». Si pas de confirmation, il doit payer.

RESPONSABILITÉ 11-12

Résident – Cas esthétique ou sans nécessité médicale (pol. d'ass.vie ou pilote)

Signature de l'usager, car il sera facturé _____
N.B. : Nous envoyer l'usager payer avant de recevoir les soins

PROCÉDURES :

- Estamper à l'endroit déterminé à l'aide de la carte de l'hôpital de l'utilisateur.
- Sélectionner l'une des responsabilités de paiement proposées à l'endos (compléter les exigences si nécessaire).
- Pour les usagers qui n'ont pas de carte d'assurance maladie valide au Québec et en dehors des heures ouvrables, vous **pouvez demander** une autorisation à prendre le paiement sur une carte de crédit (**on ne peut pas exiger**). Estamper la carte de crédit à l'endroit prévu à cet effet.
- Compléter la section « Informations générales ».
- Effectuer 3 copies du formulaire. Remettre l'original au service de perception, 1 copie au chef de service, 1 copie à l'utilisateur et 1 autre au médecin spécialiste.

Plaquer la carte de crédit ici

Mode de paiement:

Du lundi au vendredi, entre 7 h 00 et 16 h 30, un employé du Service de la perception vous contactera pour réclamer le montant dû. En dehors des heures d'ouverture, nous communiquerons avec vous le 1^{er} jour ouvrable suivant votre visite, pour exiger le paiement. Sur paiement, un reçu vous sera émis afin d'effectuer vos propres démarches de remboursement.

Paiement : Argent comptant – carte de débit – carte de crédit VISA, MasterCard, American Express

J'autorise le CSSS de Saint-Jérôme à prendre le paiement sur ma carte de crédit :

Visa MasterCard American Express

x _____
signature de l'utilisateur ou du garant

x _____
signature de l'employé

Informations générales

Médecin référant et n° de pratique: _____

Examens et codes: _____

Date des examens : _____

ESPACE RÉSERVÉ À LA COMPTABILITÉ

Date de la visite	Description des services	Montant

NOM DE L'USAGER : _____ **N° DOSSIER :** _____

EXAMENS : _____ **DATE :** _____

Section à compléter par le médecin spécialiste

CODE DE L'ACTE : _____

HONORAIRES DEMANDÉS : _____

DIAGNOSTIC : _____

HONORAIRES REÇUS : _____
signature du médecin spécialiste et n° de pratique