

TYPE D'HOSPITALISATION/CHIRURGIE

- Hospitalisation et/ou chirurgie planifiées
 Hospitalisation liée à des troubles mentaux
 Autre situation d'urgence nécessitant une hospitalisation et/ou chirurgie

IDENTIFICATION

Nom du (de la) patient(e) : _____ Nom de l'étudiant(e) : _____

Lien de parenté avec l'étudiant(e) : _____

N° de certificat : _____ N° de groupe : _____

 Homme Femme Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**Diagnostic (incluant probabilité/possibilité de complications) : _____

Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ? Date : (MM/JJ/AAAA) _____

Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà souffert de cette condition ou d'une condition similaire ? Non OuiSi « Oui », dites quand et donnez les détails : _____

_____Genre de traitement : Intervention chirurgicale Thérapie Autre programme de traitementDécrivez le genre de traitement et la durée prévue du traitement (si nécessaire) : _____

Nombre de jours prévus d'hospitalisation (si nécessaire) : _____

Détaillez les frais qui seront éventuellement demandés : _____

_____Code de procédure RAMQ et coût de chaque procédure : _____

_____**DANS L'IMPOSSIBILITÉ D'OBTENIR LES INFORMATIONS DEMANDÉES, LES SERVICES PEUVENT ÊTRE REFUSÉS****DÉCLARATION**

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Adresse : _____

Numéro de permis : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

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

Signature : _____ Date : _____

RÉPONSE DE CROIX BLEUE MEDAVIE À LA DEMANDE DE PRÉ-AUTORISATION (Voir au recto)

Votre demande est acceptée telle que décrite et déclarée. Les frais seront remboursés jusqu'à concurrence des montants spécifiés dans le barème courant des honoraires fixés par la Régie de l'assurance maladie du Québec et sujet au maximum annuel stipulé au contrat.

Remboursement RAMQ

CODE	COÛT	CODE	COÛT
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$
_____	_____ \$	_____	_____ \$

Votre demande est refusée pour la (les) raison(s) suivante(es) : _____

Avant de rendre notre décision, nous aurions besoin des renseignements additionnels ou documents suivants : _____

DANS L'IMPOSSIBILITÉ D'OBTENIR LES INFORMATIONS DEMANDÉES, LES SERVICES PEUVENT ÊTRE REFUSÉS

SERVICE DES RÈGLEMENTS - ASSURANCE COLLECTIVE

Signature : _____ Date : _____