

**Remettre ce document dûment complété au personnel de l'accueil lors de votre admission.**

## **Questionnaire pré-hospitalisation**

### **SECTION A: Renseignements de l'utilisateur**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

No RAMQ: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (Pays): \_\_\_\_\_

Langue maternelle: \_\_\_\_\_ Langue d'usage à la maison: \_\_\_\_\_

État matrimonial: célibataire  mariée  séparée  divorcée  conjoint de fait  veuve

Date du dernier mariage si applicable: \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité: secondaire  collégiale  universitaire  autre

Date prévue d'accouchement (DPA): \_\_\_\_\_ Date de la dernière naissance vivante: \_\_\_\_\_

Enfants de grossesses antérieures (indiquez le nombre): \_\_\_\_\_ Nés vivants  Morts nés

Nom et prénom du père de l'utilisateur: \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère de l'utilisateur: \_\_\_\_\_

### **Coordonnées de l'utilisateur**

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville et province: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, veuillez contacter: \_\_\_\_\_

### **SECTION B: Assurance couvrant la chambre semi-privée ou privée**

Nom de la compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_

Numéro de contrat, police ou identification: \_\_\_\_\_

Numéro de certificat: \_\_\_\_\_

Détenteur de l'assurance (personne payant l'assurance): \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur du détenteur: \_\_\_\_\_

### **SECTION C: Logement souhaité (type de chambre)**

Salle (3 lits et plus)  Semi-privée (2 lits)  Privée (1 lit)

## **SECTION D: Accouchement, renseignements du second parent**

Nom:	Prénom:
No RAMQ:	Date d'expiration :
Date de naissance:	Langue maternelle:
Lieu de naissance (Pays):	Téléphone:

### **Admission unité mère-enfant**

Veillez noter que dépendamment du taux d'occupation de l'unité mère-enfant, il se pourrait que durant votre séjour, vous soyez transférée dans une autre chambre afin de libérer une place pour un autre accouchement.

Pour cette raison, au moment de votre admission, vous devez exprimer votre choix de chambre et déboursier le montant relié au type de chambre souhaitée. Veuillez noter que l'expression d'un choix de chambre ne garantit pas votre séjour dans celle-ci. Dans un tel cas, vous serez remboursée ou aucune facturation ne sera émise par le service de la comptabilité.

### **RAMQ non-valide OU USAGER NON RÉSIDENT lors de l'hospitalisation**

Un dépôt de 3 jours est exigé pour toute hospitalisation et il doit être versé en totalité la journée de l'admission. Il est possible de débiter les versements en prévision de l'hospitalisation en contactant le service de la comptabilité. Il vous sera possible d'obtenir une estimation des coûts journaliers pour l'hospitalisation. Cette dernière ne comprend pas les honoraires professionnels, vous devez vous référer au médecin traitant pour en obtenir le coût.

Liste des frais d'hospitalisation (ces frais sont cumulatifs):

- Tarif de base: montant journalier pour obtenir des soins dans un établissement de santé couvert par la RAMQ
- Supplément de chambre: montant journalier pour obtenir une chambre semi-privée ou privée
- Honoraires professionnels: montant à remettre aux médecins et professionnels couvert par la RAMQ selon les services couverts

Si votre séjour est d'une durée inférieure à 3 jours, vous serez remboursé après la facturation. Si votre séjour est supérieur à 3 jours, un autre dépôt équivalent à 3 autres jours sera exigé dans les plus brefs délais.

### **Défaut de paiement:**

- Votre dossier sera remis à une agence de recouvrement
- Des frais d'intérêts seront ajoutés
- Votre crédit sera affecté
- Citoyenneté et Immigration Canada seront avisés de votre dette envers notre établissement.

### **Tarifs**

Tous les tarifs sont sujets à modification et ce sans préavis. Les tarifs sont tirés de la circulation émise par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et sont non négociables. Ces derniers peuvent être consultés sur le site Internet: [www.msss.gouv.qc.ca/documentation](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation), normes et pratiques de gestion.

**J'ai pris connaissance de toutes les informations de ce formulaire.**

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

\* Pour les usagers qui ne détiennent pas de RAMQ valide, vous devez joindre une copie de vos documents à ce formulaire.

**Service de l'accueil - faire suivre ce document au service de la comptabilité**

**Give this completed document to the reception staff when you are admitted.**

## **Pre-hospitalization questionnaire**

### **SECTION A: User Information**

Name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

RAMQ number: \_\_\_\_\_ Expiration date: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Place of birth (country): \_\_\_\_\_

First language: \_\_\_\_\_ Home language: \_\_\_\_\_

Marital status: single  married  separated  divorced  common-law partner  widow

Date of last marriage if applicable: \_\_\_\_\_

Level of education: high school  college  university  other

Expected date of delivery): \_\_\_\_\_ Date of last live birth: \_\_\_\_\_

Children from previous pregnancies (indicate number): \_\_\_\_\_ Born alive  Stillborn baby

Full name of the user's father: \_\_\_\_\_

Full name of the user's mother: \_\_\_\_\_

### **User's coodinates**

Address: \_\_\_\_\_ City and province : \_\_\_\_\_

Postal code: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

In case of emergency, please contact: \_\_\_\_\_

### **SECTION B: Insurance covering the semi-private or private room**

Name of the insurance company: \_\_\_\_\_

Contract number, policy or identification: \_\_\_\_\_

Certificate number: \_\_\_\_\_

Insurance holder (person paying for the insurance): \_\_\_\_\_

Name of the holder's employer: \_\_\_\_\_

### **SECTION C: Accommodation required (type of room)**

Room (3 beds and more)  Semi-private (2 beds)  Private (1 bed)

## **SECTION D: Delivery, second parent information**

Name:	First name:
RAMQ number:	Expiration date:
Date of birth:	First language:
Place of birth (country):	Phone:

### **Admission Mother and Child Unit**

Please note that depending on the occupancy rate of the Mother and Child Unit, you may be transferred to another room during your stay in order to free up space for another delivery.

For this reason, at the time of your admission, you must express your choice of room and pay the amount related to the type of room desired. Please note that expressing a choice of room does not guarantee your stay in that room. In such a case, you will be reimbursed or no billing will be issued by the accounting department.

### **RAMQ non-valid OR NON-RÉSIDENT USER at time of hospitalization**

A 3-day deposit is required for all hospitalizations and must be paid in full on the day of admission. It is possible to start payments in anticipation of hospitalization by contacting the accounting department. You will be able to obtain an estimate of the daily costs for the hospitalization. This does not include professional fees, you must refer to the attending physician for the cost.

List of hospitalization fees (these fees are cumulative):

- Basic rate: daily amount for care in a healthcare facility covered by the RAMQ
- Room supplement: daily amount to obtain a semi-private or private room
- Professional fees: amount to be paid to doctors and professionals covered by the RAMQ according to the services covered

If your stay is less than 3 days, you will be reimbursed after billing. If your stay is longer than 3 days, another deposit equivalent to 3 other days will be required as soon as possible.

### **Default of payment**

- Your file will be turned over to a collection agency
- Interest charges will be added
- Your credit will be affected
- Citizenship and Immigration Canada will be notified of your debt to our institution.

### **Rates**

All rates are subject to change without notice. The rates are taken from the circulation issued by the Ministry of Health and Social Services of Quebec and are non-negotiable. They can be consulted on the website: [www.msss.gouv.qc.ca/documentation, standards and management practices](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation,standardsandmanagementpractices).

**I have read all the information on this form.**

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

\* For users who do not have a valid RAMQ, you must attach a copy of your documents to this form.  
**Hospitality Department - Forward this document to the Accounting Department**