

Out of Province In-Patient Standard Ward Costs

Frais d'hospitalisation en salle commune – patients hors province

Hospital name/Nom de l'hôpital				Location/Adresse				Facility No./N° de référence		Page of/de										
				Province of Residence/Province de résidence				Prov. Code/Code prov.		Month Ending/Mois se terminant le										
Line No. No de la ligne	Plan Registration No Numéro d'inscription au régime	Patient's surname (for married Quebec female residents, surname at birth), first name, address Nom de famille du patient (pour la femme mariée résidant au Québec, inscrire le nom de famille à la naissance), prénom et adresse	Date of Birth Date de naissance			Sex/Sexe	ICD-10 /CIM-10		Death Décès	Long-stay Séjour prolongé	Newborn Nouveau-né	Declaration	Accident E code Code E d'accident	Date of Admission Date d'admission			Total days Nombre total de jours	Standard Ward Rate Tarif de salle commune	Amount Montant	
			yyyy aaaa	mm mm	dd jj		CCI							yyyy aaaa	mm mm	dd jj				Date of Separation Date de sortie
1		Surname/Nom de famille					ICD-10 /CIM-10							yyyy aaaa	mm mm	dd jj				
		First Name/Prénom												yyyy aaaa	mm mm	dd jj			ICU / USI <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non	Ward Rate / Cost Tarif de salle/coût
		Address/Adresse					CCI													
		City/Ville																		
		Prov. Postal Code/Code postal																		
2		Surname/Nom de famille					ICD-10 /CIM-10							yyyy aaaa	mm mm	dd jj				
		First Name/Prénom												yyyy aaaa	mm mm	dd jj			ICU / USI <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non	Ward Rate / Cost Tarif de salle/coût
		Address/Adresse					CCI													
		City/Ville																		
		Prov. Postal Code/Code postal																		
3		Surname/Nom de famille					ICD-10 /CIM-10							yyyy aaaa	mm mm	dd jj				
		First Name/Prénom												yyyy aaaa	mm mm	dd jj			ICU / USI <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non	Ward Rate / Cost Tarif de salle/coût
		Address/Adresse					CCI													
		City/Ville																		
		Prov. Postal Code/Code postal																		
4		Surname/Nom de famille					ICD-10 /CIM-10							yyyy aaaa	mm mm	dd jj				
		First Name/Prénom												yyyy aaaa	mm mm	dd jj			ICU / USI <input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non	Ward Rate / Cost Tarif de salle/coût
		Address/Adresse					CCI													
		City/Ville																		
		Prov. Postal Code/Code postal																		
																Totals Total				