



Responsibility For Payment *Responsabilité du paiement*

Requested Accommodation / Hébergement requis

- WARD / SALLE COMMUNE
- SEMI-PRIVATE \$44.00 per day / CHAMBRE A DEUX LITS 44,00\$ par jour
- PRIVATE \$88.00 per day / CHAMBRE A UN LIT 88,00\$ par jour

(Charges will only be applied according to the available accommodations provided./ Les frais seront facturés selon le logement disponible fourni.)

Insurance Plan / Régime d'assurance Additional Information / Renseignements supplémentaires

I assign to the Hospital all benefits provided by my insurance plan and authorize the Hospital to release required billing information and copies of my personal health information to my insurers as may be requested by them to assess my claim.

I acknowledge my personal financial responsibility for all charges incurred in the provision of medical services and requested accommodation not otherwise covered by Provincial Plan benefits or any other private insurance plans. I agree to pay all charges incurred to the Hospital upon receipt of an invoice and agree to pay all interest charges which will be charged on outstanding accounts at the prevailing rates.

Je cède à l'Hôpital toutes les prestations qui me seront versées en vertu de mon assurance et j'autorise l'Hôpital à divulguer à mes assureurs les renseignements en matière de facturation ainsi que des copies de mes renseignements médicaux personnels dont ils pourraient faire demande.

Je reconnais ma responsabilité financière personnelle pour tous les frais liés à la prestation de services médicaux et à l'hébergement qui ne sont pas couverts autrement par l'assurance-maladie du régime provincial ou toute autre police d'assurance. Je m'engage à payer tous ces frais à l'Hôpital dès réception d'une facture et je m'engage à payer tous les frais d'intérêt sur les comptes en souffrance aux taux en vigueur.

dd-mmm-yyyy

Printed Name and Signature of Patient or Substitute Decision Maker /
Nom en lettres moulées et signature du patient ou du décideur substitut

Relationship of Substitute Decision Maker /
Lien du décideur substitut

Date

dd-mmm-yyyy

Printed Name and Signature of Witness – Staff Member /
Nom en lettres moulées et signature du témoin - un membre du personnel

Date