

Programme FSI – Formulaire de réclamation pour services hospitaliers

Approbation préalable
 Directeur médical, FSI/CIC
 365, avenue Laurier Ouest
 Édifice Jean Edmonds
 Tour sud, 14^e étage
 Ottawa, ON K1A 1L1
 Télécopieur : 1-800-362-7456

Changement d'adresse
 Joindre une confirmation écrite du
 changement d'adresse ainsi que
 l'adresse précédente.

Séjour à l'hôpital

Services hospitaliers

**Soumettez-vous des copies des
 documents d'admissibilité?**

Oui

Non, admissibilité déjà en filière chez FAS

Et/ou

Re soumission d'une réclamation FAS
 # _____

ÉCRIRE CLAIREMENT EN LETTRES MOULÉES

RÉFUGIÉ/PATIENT		# D'IDENTIFICATION DU RÉFUGIÉ :	
NOM		PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE :	MOIS :	JOUR :	ANNÉE :
ADMISSIBILITÉ FSI :	DU :	Mois _____ Jour _____ Année _____	
	Au :	Mois _____ Jour _____ Année _____	OU VOIR DOCUMENTS CI-JOINTS

FOURNISSEUR (À QUI LE CHÈQUE EST PAYABLE)		# DE FOURNISSEUR FAS	
NOM		PRÉNOM	
ADRESSE			
VILLE		PROVINCE	
CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	

NUMÉRO DE FACTURE (DE VOTRE BUREAU)	CODE D'HONORAIRES ou SERVICE OFFERT	CODE ICM	# UNITÉS DE TEMPS / ANESTH.	DATE D'HOSPITALISATION (Mm/JJ/AA)	DATE DU CONGÉ (Mm/JJ/AA)	MONTANT RÉCLAMÉ
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$

DATE	SIGNATURE	NOM EN LETTRES MOULÉES	MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ \$
------	-----------	------------------------	-----------------------------

IMPORTANT : Ce formulaire doit être dûment complété sinon il pourrait être refusé.