

HOSPITAL FORM



INFORMATION REQUESTED FOR COVERAGE INSURANCE LETTER BEFORE HOSPITALIZATION OR INPATIENT.

■ Filled by the patient

■ Filled by Travel Care Services

PATIENT IDENTITY	
Last Name	
First name	
Tel	
Email	
Date of birth	

MUTUELLE

CASE NUMBER	
Case number	

FACILITY	
Network	
Tax ID	
Facility name	
Address	
City	
Zip code	
Tel	
Fax	
Email	

PHYSICIAN	
Network	
Tax ID	
Physician name	
Address	
City	
Zip code	
Tel	
Fax	
Email	

ADMISSION		
Medical reason ¹		
Treatment plan ²		
Services from	To	
Length of stay		
Diagnosis		
CPT Codes		
Cost		

DOCUMENTS		
Guarantee hospital letter faxed		
Attention of		
Telephone		
Guarantee doctor letter faxed		
Attention of		
Telephone		
Fax		
Doctor order medical report		
Pregnancy certificate		
Birth certificate		

FEE TYPE			
Hospital		Emergency	
Radio		Labos	
PED		Anesthesia	
Doctor		Others	

¹ Medical Reason : pourquoi vous être rendu(e) à l'hôpital ? Bras cassé, crise d'appendice, accident...

² Treatment plan: qu'est-ce que les médecins vous ont fait (soyez le plus précis possible) : points de suture, plâtre, anesthésie...

COMMENT TRANSMETTRE CE DOCUMENT A TCS ?

1) Enregistrez ce document. En fonction de votre navigateur internet, clic droit "enregistrer sous" ou clic sur la disquette en haut à gauche.

2) Envoyer un email à assistance@travelcareservices.com en joignant ce fichier complété.