EnContinu[MC]

JG101-CY

DEMANDE D'AUTORISATION POUR SOINS INFIRMIERS PRIVÉS

La présente demande d'autorisation doit être remplie au complet, avant de présenter une demande de remboursement de frais pour soins infirmiers privés.

Seul les frais encourus par la personne assurée doivent être reflétés dans ce formulaire. Vous devez faire parvenir la demande dûment remplie ainsi qu'une évaluation des frais pour soins d'infirmier à l'adresse suivante.

Centre de service – EnContinu
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

La demande d'autorisation et tous les renseignements fournis seront analysés après leur réception. Des renseignements diagnostiques ou cliniques supplémentaires pourront être demandés.

Une attestation d'autorisation sera ensuite établie indiquant l'approbation ou le refus du remboursement des frais.

Personne assurée

Numéro de police _____ Numéro de certificat _____

Personne assurée _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Adresse _____
APPARTEMENT, RUE, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL

Patient

Nom du patient _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

J'atteste par la présente que les renseignements fournis relativement à la présente demande d'autorisation sont exacts et complets. J'autorise tout médecin, tout fournisseur de soins ou toute compagnie d'assurance à communiquer à Johnston Group inc. ou à Co-operators, Compagnie d'assurance-vie les renseignements qui sont nécessaires à la demande d'autorisation. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du patient _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____
(DANS LE CAS D'UN ASSURÉ ÂGÉ DE MOINS DE 16 ANS, LA SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ EST NÉCESSAIRE)

Déclaration et autorisation pour la collecte et la communication de renseignements personnels

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets, et qu'ils constituent une demande de règlement des frais engagés pour les soins rendus à moi et/ou aux membres admissibles de ma famille. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou de toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement de prestations, le cas échéant.

J'autorise Johnston Group et Co-operators, Compagnie d'assurance-vie à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste des sources non exhaustive auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

Médecin (en caractères d'imprimerie)

Nom _____

Adresse _____
BUREAU, RUE, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Diagnostic (veuillez indiquer l'affection et la date du début de l'affection). _____

Pronostic _____

Veuillez indiquer le niveau des soins nécessaires pour le patient (infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, autre). _____

Veuillez indiquer l'endroit où ces services sont fournis (domicile, hôpital, autre). _____

Veuillez indiquer la durée des soins prévue. _____

Combien d'heures de soins infirmiers privés sont-elles recommandées par jour? Combien de jours par semaine? _____

Veuillez fournir des renseignements sur tous les médicaments pris actuellement (nom, technique d'administration et fréquence nécessaire).

Veuillez indiquer les tâches exactes que doit accomplir le fournisseur de soins. _____

Une personne possédant moins de compétences peut-elle donner les soins? _____

Commentaires _____

Signature du médecin _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____