

## DEMANDE DE PRÉAUTORISATION POUR SOINS INFIRMIERS PRIVÉS

Le présent formulaire de préautorisation doit être rempli au complet, avant de présenter une demande de remboursement de frais pour soins infirmiers privés.

**Les frais pour remplir le présent formulaire sont à la charge la personne assurée.** Vous devez faire parvenir la demande dûment remplie ainsi qu'une évaluation des frais pour les soins infirmiers privés à l'adresse suivante.

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

La demande de préautorisation et tous les renseignements fournis seront analysés après leur réception. Des renseignements diagnostiques ou cliniques supplémentaires peuvent être demandés.

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

### Nom de la personne assurée

Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

Nom complet de la 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. les renseignements qui sont nécessaires à la demande d'autorisation préalable. 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'UNE PERSONNE À CHARGE DE MOINS DE 16 ANS, LA SIGNATURE DE LA PERSONNE À CHARGE EST NÉCESSAIRE)

### Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je reconnais qu'aucune prestation ne sera payable avant que l'assureur approuve la présente demande. J'autorise Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. La liste non exhaustive des sources 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 présent régime. Il est entendu qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site [www.johnstongroup.ca](http://www.johnstongroup.ca). 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 ou autre). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la durée prévue des soins. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Veuillez fournir des renseignements sur la médication actuelle (nom, voie d'administration et fréquence requise). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Commentaires additionnels \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_