

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. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur 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 ASSURÉE 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 Co-operators Compagnie d'assurance-vie, 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. Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

CENTRE DE SERVICE
1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558-7609

Les produits d'assurance soins médicaux et dentaires sont souscrits par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et distribués par Johnston Group inc. L'assurance voyage est souscrite par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, membre du Groupe Co-operators limitée, et est administrée par Allianz Global Assistance, dénomination commerciale enregistrée de Services AZGA Canada inc. et d'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.

SUITE AU VERSO

Administré par Johnston Group Inc.
 **LES SOCIÉTÉS
DES MIEUX
GÉRÉES** Membre
platine

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) _____