

Logement et repas à l'extérieur de la province Demande de remboursement

Les résidents néo-brunswickois admissibles qui reçoivent des services médicaux assurés dans un établissement hospitalier approuvé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick peuvent demander un remboursement des frais de logement et des repas, pourvu qu'ils satisfassent à certains critères.

Le paiement du logement et des repas pour le patient et un accompagnateur essentiel doit être approuvé au préalable par le médecin-conseil de l'Assurance-maladie. L'Assurance-maladie ne remboursera pas les frais associés au logement et aux repas pour des services médicaux obtenus à l'extérieur de la province si ces mêmes services sont disponibles au Nouveau-Brunswick.

L'Assurance-maladie ne remboursera pas les patients et les accompagnateurs essentiels lorsque les hôtels fournissent les repas. Si l'établissement où le patient a reçu l'approbation de rester ne fournit pas les repas, le patient et son accompagnateur se verront rembourser une somme équivalente à l'allocation du gouvernement du Nouveau-Brunswick accordée pour les repas à l'extérieur de la province. Certaines restrictions peuvent s'appliquer et les demandes seront évaluées au cas par cas.

Pour toute question ou préoccupation au sujet de ce formulaire, veuillez consulter le site web de l'Assurance-maladie : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/AssurancemaladiesMedicaments.html>. Vous pouvez également communiquer avec le Service de défense des clients par téléphone au 506-453-4227 ou par courriel à l'adresse Medicare.Client.Advocate@gnb.ca.

Renseignements sur le patient

Nom du patient	N° d'assurance-maladie du N.-B.	N° de téléphone (d) _____ (c) _____	Date de naissance JJ MM AAAA
Nom de l'accompagnateur	Dates du déplacement : _____ au _____ (j/m/aaaa) (j/m/aaaa)		Lieu des services (ville, province)

Adresse

Renseignements sur le paiement

1. Repas : Indiquer ci-dessous le nombre total de repas (aucun reçu nécessaire) :

	Repas fournis par l'hôtel? (OUI/NON)	Nombre de repas			Total payé (à l'usage du bureau seulement)
		<i>Le nombre de repas devrait correspondre aux dates du déplacement.</i>			
		Déjeuner	Dîner	Souper	
Patient					\$
Accompagnateur (le cas échéant)					\$

2. Logement : Si le paiement a été fait par le patient, inclure le reçu de location/d'hôtel **original**.

	\$
--	----

3. Accord : Je demande par les présentes le remboursement des frais associés au logement et aux repas et je certifie que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et exacts.

RÉCLAMATION TOTALE :

	\$
--	----

Signature : _____ **Date :** _____

Retournez le formulaire dûment rempli à :
Assurance-maladie Nouveau-Brunswick
À l'attention de : Réclamations d'hôpital à l'extérieur de la province
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8