

Établissements hôteliers à l'extérieur de la province et allocation de repas

Demande de remboursement

Lignes directrices

Les résidents néo-brunswickois admissibles qui reçoivent des services hospitaliers assurés à l'extérieur du Nouveau-Brunswick doivent remplir ce formulaire pour demander un remboursement des frais de logement et des repas, pourvu qu'ils satisfassent à certains critères.

Le paiement de repas pour le patient ou un accompagnateur essentiel doit être approuvé au préalable par le médecin-conseil de l'Assurance-maladie ou par l'infirmière chargée de la liaison à l'extérieur de la province.

Dans les hôtels fournissant des repas, aucun paiement supplémentaire pour les repas ne sera fait par l'Assurance-maladie au patient ou à l'accompagnateur essentiel. 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 accordé pour les repas à l'extérieur de la province. Certaines restrictions peuvent s'appliquer et 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 paiement des services médicaux ou hospitaliers reçus par moi-même ou par le patient précité. Je certifie que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et exacts.

RÉCLAMATION TOTALE :

	\$
--	----

Signature : _____ **Date :** _____

Retourner 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 5C8