RÉCLAMATION HORS PROVINCE POUR SERVICES MÉDICAUX
OOPclaims.reclamDHP@gnb.ca

TOUS LES CADRES MARQUÉS D'UN ** DOIVENT ÊTRE REMPLIS. LE FORMULAIRE NE SERA PAS TRAITÉ SI LES CADRES NE SONT PAS REMPLIS.

Partie 1: INFORMATION DU PATIENT
À REMPLIR PAS LA PERSONNE ASSURÉE OU SON REPRÉSENTANT

**NOM DE FAMILLE	**PRÉNOM	**NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
**ADRESSE PERMANENTE		
MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL

** DATE DE NAISSANCE ANNÉE – MOIS - JOUR	SEXE F ☐ M ☐ AUTRES ☐	NOM DU PARENT/TUTEUR	RELATIONS
DATE DE DÉPART DE PROVINCE/TERRITOIRE D'ORIGINE ANNÉE – MOIS - JOUR	Veuillez indiquer la raison de l'absence Déplacé ☐ Vacances ☐ Travail ☐ Études ☐ AUTRES ☐_____	LIEU DU TRAITEMENT (PROVINCE-TERRITOIRE)	S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT? OUI ☐ NON ☐ SI OUI: JOUR – MOIS- ANNÉE

Partie 2: INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN
À REMPLIR PAR LE MÉDICIN QUI DISPENSE LE TRAITEMENT ET QUI FACTURE L'ASSURANCE-MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

** NOM DE FAMILLE DU PRATICIEN	** PRÉNOM	Numéro de permis	☐SPÉCIALITÉ _____ ☐ASSISTANT ☐OMNIPRATCIEN ☐ANESTHÉSISTE	DURÉE DU TRAITEMENT Heures Minutes
** ADRESSE POSTALE	** MUNICIPALITÉ		PRATICIEN RÉFÉRENT SPÉCIALITÉ:	
**PROVINCE	** CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		

Payable au:
☐ **Praticien** ☐ **Patient** ☐ **Autres** _____

SI LE PATIENT A RECU DES SERVICES DANS UN HOPITAL, VEUILLEZ FOURNIR DES INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES : NOM ET ADRESSE DE L'HÔPITAL:	DATE D'ADMISSION: ANNÉE – MOIS - JOUR	DATE DE DÉCHARGE: ANNÉE – MOIS - JOUR

Partie 3: DESCRIPTION DES SOINS DISPENSÉS (DOIT ÊTRE ENTIEREMENT REMPLI)
À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR

*Date des service	*Description du service	*Code de service	MOD	*Tarif	L'heure	Au Cabinet	À Domicile	Service Hospitalier	Service Externe	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	
						☐	☐	☐	☐	

**Diagnostic	**Factures de réclamation :** ☐ **Accident de travail** ☐ **Invalidité ouvrant droit à pension** ☐ **Accident d'automobile** ☐ **Autres :** _____

Partie 4: Déclaration

Veuillez envoyer votre formulaire de demande de remboursement complété, accompagné d'une preuve de paiement et de copies claires des relevés détaillés du praticien et de l'hôpital ou des lettres des professionnels de la santé de l'extérieur de la province. Veuillez envoyer votre demande par courriel à MedOOP.Eclaims@gnb.ca.

Je déclare que les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes.

** Nom du patient ou du tuteur: _____ **Date: _____ ** Signature du patient ou des tuteurs: _____

** Nom du praticien: _____ **Date: _____ ** Signature du praticien: _____

L'Assurance-maladie est autorisée à recueillir les renseignements que vous fournirez dans le présent formulaire, en vertu des paragraphes 21(1) et 34(1) de la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, afin de traiter [les demandes de paiement pour les services de santé fournis aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick pendant qu'ils sont à l'extérieur de la province]. Si vous avez des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée du ministère de la Santé à l'adresse cpobpvp@gnb.ca.