

L'assurance-maladie peut, selon les paragraphes 21(1) et 34(1) de la loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, recueillir les informations que vous fournirez dans ce formulaire, afin de traiter des demandes de paiements de services de santé fournis à des résidents du Nouveau Brunswick éligibles, alors qu'ils se trouvaient à l'extérieur du Nouveau Brunswick. Si vous avez des questions à propos de la collecte, de l'utilisation ou de la communication de cette information, veuillez contacter le bureau corporatif de la protection des renseignements personnels du ministère de la santé à : cpobpvp@gnb.ca

TOUS LES CHAMPS MARQUÉS D'UN ASTÉRISQUE (*) SONT OBLIGATOIRES. LE FORMULAIRE NE SERA PAS TRAITÉ SI CES CHAMPS NE SONT PAS REMPLIS.

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

**NOM DE FAMILLE **PRÉNOM INITIAL

GENRE **DATE DE NAISSANCE

**JOUR	**MOIS	**ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

ADRESSE PERMANENTE MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL

NOM DU TUTEUR PRÉNOM DU TUTEUR NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE DU TUTEUR

RAISON DU SÉJOUR ÉTUDES AFFAIRES VACANCES DÉMÉNAGER

DATE DE DÉPART DU NOUVEAU-BRUNSWICK PROVINCE, TERRITOIRE OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS

S'AGIT-IL D'UN DÉMÉNAGEMENT PERMANENT ? OUI NON

SI NON, DATE DE RETOUR DANS LA PROVINCE D'ORIGINE (jj/mm/aaaa)

PART 2: RENSEIGNEMENT DU FOURNISSEUR À REMPLIR PAR LE FOURNISSEUR

**NOM DU FOURNISSEUR **PRÉNOM DU FOURNISSEUR **NUMÉRO DU FOURNISSEUR

**SPÉCIALITÉ

**ADRESSE **MUNICIPALITÉ **PROVINCE **CODE POSTAL

LIEU OÙ LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS CABINET RÉSIDENCE

*SERVICES HOSPITALIER *HÔPITAL-SERVICE EXTERNE

* NOM ET ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER SI LES SERVICES ONT ÉTÉ UTILISÉS

NOM DU CENTRE HOSPITALIER NUMÉRO DU CENTRE HOSPITALIER DATE D'ADMISSION DATE DE CONGÉ

ADRESSE DU CENTRE HOSPITALIER MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL

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

**DESCRIPTIONS DU SERVICE	**CODE DE SERVICE	**MODIFICATEUR	TARIF	DATE DES SERVICE (JJ/MM/AAAA)

****DIAGNOSTIC ET REMARQUES**

S'IL S'AGIT D'UNE RÉCLAMATION RELATIVE À

UN ACCIDENT DE TRAVAIL
 INVALIDITÉ OUVRANT DROIT À PENSION
 UN ACCIDENT D'AUTOMOBILE AUTRE
 SI « AUTRE », PRÉCISER

PAYABLE À :

FOURNISSEUR
 PATIENT
 AUTRE
 SI « AUTRE », PRÉCISER

PART 4: DÉCLARATION

Veillez envoyer votre formulaire de demande de remboursement rempli, accompagné de votre preuve de paiement et de photocopies lisibles des relevés détaillés des services facturés par une praticienne ou un praticien, ou un hôpital rédigés sur un communiqué officiel ou du papier à en-tête du fournisseur de service de santé de l'extérieur de la province. Veuillez soumettre votre demande de remboursement par courriel à l'adresse MedOOP.EClaims@gnb.ca.

Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fourni sur ce formulaire sont exacts.

****NOM DU PATIENT OU TUTEUR**

****DATE (JJ-MM-AAAA)**

****SIGNATURE DU PATIENT OU TUTEUR**

****NOM DU FOURNISSEUR**

****DATE (JJ-MM-AAAA)**

****SIGNATURE DU FOURNISSEUR**