mcp

Medical Care Plan
P.O. Box 5000, 22 High Street
Grand Falls-Windsor, NL A2A 2Y4
Téléphone : (709) 292-4048 Sans frais : 1 800 563-2163
Télécopieur : (709) 292-4053 http://www.gov.nl.ca/mcp

Réclamation hors province

Section A À remplir par la personne assurée ou un parent ou tuteur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Nom de la personne assurée	Prénom	Initiales	Numéro d'assurance-maladie

Adresse permanente	Ville	Province / État	Code postal

Adresse temporaire	Ville	Province / État	Code postal

Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Sexe	Nom à la naissance	Nom du chef de ménage	Relation à la personne assurée
	M ☐ F ☐			

Date du départ de la province (Année / Mois / Jour)	Lieu où les services ont été rendus (Province, Territoire)	Date d'arrivée (Année / Mois / Jour)	S'agit-il d'un déménagement?	Date de retour à la province (Année / Mois / Jour)
			Oui ☐ Non ☐	

Raison du séjour à l'extérieur de la province : ☐ Loisirs ☐ Affaires ☐ Études (Nom de l'établissement) _____ ☐ Autre

Section B Déclaration de la personne assurée ou de son parent ou tuteur

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la *Loi sur la preuve au Canada*, que les renseignements ci-dessus sont exacts et que je suis une personne assurée du régime d'assurance maladie de la province de _____.

À ce titre je demande que les honoraires : ☐ soient versés au professionnel ☐ me soient remboursés ☐ soient versés à un tiers

S'il y a lieu, tiers : Nom	Prénom	Initiales

Adresse	Ville	Province / État	Code postal

Signature de la personne assurée (Si autre que la personne assurée, préciser la relation à la personne assurée)	Date	Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)
_____	_____		

Section C À remplir par le médecin (Écrire en caractères d'imprimerie)

Nom du médecin et initiales	Spécialité	☐ Spécialiste ☐ Omnipraticien

Adresse	Ville	Province / État	Code postal

S'il y a lieu ☐ Anesthésiste ☐ Assistant-chirurgien ☐ Psychiatre Durée du traitement : Heures _____ Minutes _____

Nom du médecin qui a référé la personne	Services rendus :	Numéro de la facture
	☐ au cabinet ☐ en service hospitalier ☐ à domicile ☐ en service externe	

Si les services hospitaliers ont été utilisés : Nom de l'hôpital	Date d'admission (Année / Mois / Jour)	Date de sortie (Année / Mois / Jour)

Adresse	Ville	Province / État	Code postal

Date(s) des services	Mois	Année	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Nature des services	Code d'acte	Tarif	Date des services (Année / Mois / Jour)	Durée	Réservé à l'administration
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		

Diagnostic et remarques	

Réclamation relative à :		
☐ un accident de travail ☐ une invalidité ☐ un accident d'automobile ☐ une autre responsabilité	☐ Remboursement à la personne assurée Signature du médecin Date	☐ Versement au médecin – J'accepte comme paiement complet la somme prévue par l'assurance-maladie de la personne assurée Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais

*****Veuillez fournir la documentation originale.*****