

Pré-autorisation pour soins infirmiers privés

Le présent formulaire de pré-autorisation doit être rempli au complet avant la présentation d'une demande de remboursement pour soins infirmiers privés.

Les frais engagés pour remplir le présent formulaire sont à la charge de l'employé. Faites parvenir le formulaire dûment rempli ainsi que l'évaluation des coûts de soins infirmiers privés à :

Régime d'assurance collective des chambres de commerce
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

La présente demande concerne la pré-autorisation et tous les renseignements pertinents fournis seront revus sur demande. Des renseignements diagnostiques ou cliniques supplémentaires pourront être demandés.

Une déclaration de pré-autorisation sera alors émise indiquant l'approbation ou le refus des dépenses.

EMPLOYÉ

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

Nom

Prénom

Adresse _____

Appartement/Rue

Ville

Province

Code postal

PATIENT

Nom du patient _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Nom

Prénom

Par la présente, j'atteste que les renseignements fournis à l'égard de la présente demande de pré-autorisation sont exacts et complets. J'autorise tout médecin, tout fournisseur ou toute compagnie d'assurance à communiquer au Régime d'assurance collective des chambres de commerce tous les renseignements nécessaires, exigés pour la présente demande de pré-autorisation. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature du patient _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____

(Dans le cas d'un assuré âgé de moins de 16 ans, la signature de l'employé est nécessaire)

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du régime. Toute photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'employé _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____

MÉDECIN (EN LETTRES MOULÉES)

Nom _____

Adresse _____
Bureau Rue Ville Province Code postal Numéro de téléphone

Diagnostic (indiquez le trouble médical et la date du début) _____

Pronostic _____

Indiquez le niveau des soins nécessaires pour ce patient (IA, IAA ou autre). _____

Indiquez où les services sont fournis (domicile, hôpital ou autre). _____

Indiquez la durée prévue des soins. _____

Combien d'heures de soins infirmiers privés sont-elles recommandées par jour? Combien de jours par semaine? _____

Donnez des renseignements sur les médicaments administrés (nom, administration technique et périodicité). _____

Indiquez les tâches exactes qui devront être effectuées par le fournisseur des soins. _____

Une autre personne possédant moins de qualifications pourrait-elle donner les soins? _____

Commentaires additionnels _____

Signature du médecin _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____