

| SECTION A   INFORMATIONS SUR LE PATIENT (Doit être rempli par le Patient ou parent/tuteur) - VEUILLEZ IMPRIMER  |                                       |  |  |   |  |
|---|---------------------------------------|--|--|---|--|
| Prénom du patient   |                                       | Tous les prénoms   |  |   | Maiden / nom naissance (si applicable)   |
| MCP nombre  | Date de naissance<br>AAAA MM JJ       | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X   | Numéro de téléphone pendant la journée | Adresse e-mail  |  |
| PERMANENT Adresse postale: Rue / Boîte postale  |                                       |  | Ville                                  | Province  | Code Postal  |
| TEMPORAIRE Adresse postale: Rue / Boîte postale   |                                       |  | Ville                                  | Province / État   | Code Postal  |
| Date de départ de la maison<br>AAAA MM JJ   | Lieu où traités (Province/territoire) |  | Date d'arrivée<br>AAAA MM JJ           | Est-ce un mouvement permanent?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date de retour à la maison<br>AAAA MM JJ   |
| Raison de l'absence du domicile: <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> Étude - Nom de l'Institution _____ <input type="checkbox"/> Autres - Spécifier _____  |                                       |  |  |   |  |
| <b>DÉCLARATION</b><br>Par la présente, je déclare, croyant en toute conscience vraie et sachant qu'elle a le même effet que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que l'information donnée ci-dessus est correcte et que je suis un bénéficiaire de la Terre-neuve et Labrador Régime de soins médicaux.<br>Signature du Patient (Ou parent/tuteur, si applicable): _____ Date: _____<br>Parent/tuteur signature requise si le patient est âgé de 16 ans au moins. Si elle est signée par une personne autre que le patient, veuillez état relation au patient. _____ |                                       |  |  |   |  |
| SECTION B   INFORMATIONS DE PAIEMENT  |                                       |  |  |   |  |
| Le paiement doit être effectué à: <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Patient / détenteur du contrat <input type="checkbox"/> Troisième partie - Spécifier _____   |                                       |  |  |   |  |
| Adresse du tiers (Si applicable): Rue / Boîte postale   |                                       | Ville  | Province / État                        | Code Postal   |  |
| <b>RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉPÔT DIRECT DE LA PERSONNE OU DE L'ENTREPRISE À QUI LE PAIEMENT DOIT ÊTRE EFFECTUÉ</b><br>(Vous devez joindre un chèque annulé ou dépôt formulaire d'autorisation fournis par votre banque)   |                                       |  |  |   |  |
| Nom de la banque  |                                       | Banque Institution nombre  | Banque Numéro de Transit               | Numéro de compte  |  |
| SECTION C   MÉDECIN / INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT (Doit être rempli par le médecin) - VEUILLEZ IMPRIMER  |                                       |  |  |   |  |
| Médecin Prénom  |                                       | Tous les prénoms   |  |   | Spécialité<br><input type="checkbox"/> Certifié<br><input type="checkbox"/> Non certifiés      |
| Rue / Boîte postale   |                                       | Ville  | Province / État                        | Code Postal   |  |
| Nom du médecin referent   |                                       | Services fournis dans: <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hôpital de patient <input type="checkbox"/> À l'hôpital du patient |  |   |  |
| Si <input type="checkbox"/> Anesthésiste <input type="checkbox"/> Assistance chirurgicale <input type="checkbox"/> Psychiatre Fournir durée de service: Heures _____ Minutes _____  |                                       |  |  |   |  |
| SI L'HÔPITAL SERVICES: Nom de l'hôpital   |                                       |  | Date d'admission<br>AAAA MM JJ         | Date de sortie<br>AAAA MM JJ  |  |
| Rue / Boîte postale   |                                       | Ville  | Province / État                        | Code Postal   |  |
| Procédure / Traitement  | Code d'acte                           | Tarif  | Date du Service<br>AAAA MM JJ          | Durée   | Pour utilisation au bureau uniquement  |
|   |                                       |  | AAAA MM JJ                             |   |  |
|   |                                       |  | AAAA MM JJ                             |   |  |
|   |                                       |  | AAAA MM JJ                             |   |  |
|   |                                       |  | AAAA MM JJ                             |   |  |
| Diagnostic et Autres commentaires   |                                       |  |  |   |  |
| Réclamation implique: <input type="checkbox"/> un accident de travail <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité<br><input type="checkbox"/> Accident d'automobile <input type="checkbox"/> D'autres tiers   |                                       | Signature du médecin   |  | Date  | Langue de correspondance<br><input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |

**VEUILLEZ FOURNIR LA DOCUMENTATION ORIGINALE**

**AVIS DE CONFIDENTIALITÉ**

Renseignements personnels sur la santé recueillis, utilisés, communiqués, et préservé est conformément à la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP). Si vous avez des questions à propos de la collecte ou de l'utilisation de ces informations, veuillez contacter notre bureau. Le Ministère de la santé et des Services communautaires déclaration de confidentialité peut être trouvé à [www.health.gov.nl.ca/health/PHIA](http://www.health.gov.nl.ca/health/PHIA).

Medical Care Plan

P.O. Box 5000, Grand Falls-Windsor, NL, Canada, A2A 2Y4

Téléphone: (709)292-4000

Numéro gratuit: 1-800-563-1557

Télécopieur: (709)292-4053

<http://www.gov.nl.ca/mcp>