

SECTION A   INFORMATIONS SUR LE PATIENT (Doit être rempli par le Patient ou parent/tuteur) - VEUILLEZ IMPRIMER					
Prénom du patient		Tous les prénoms		MCP nombre	
Nom de famille à la naissance (si différente de ci-dessus)		Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	Numéro de téléphone pendant la journée	Date d'expiration de la carte AAAA MM JJ
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 AAAA MM JJ	Lieu où traités (Province/territoire)		Date d'arrivée AAAA MM JJ	Est-ce un mouvement permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de retour à la maison 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> 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. Signature du Patient (Ou parent/tuteur, si applicable): _____ Date: _____ 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	
SECTION C   MÉDECIN / INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT (Doit être rempli par le médecin) - VEUILLEZ IMPRIMER					
Médecin Prénom		Tous les prénoms		Spécialité <input type="checkbox"/> Certifié <input type="checkbox"/> Non certifiés	
Rue / Boîte postale		Ville	Province / État	Code Postal	
Nom du médecin référent		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 AAAA MM JJ	Date de sortie AAAA MM JJ	
Rue / Boîte postale		Ville	Province / État	Code Postal	
Procédure / Traitement	Code d'acte	Tarif	Date du Service 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 <input type="checkbox"/> Accident d'automobile <input type="checkbox"/> D'autres tiers		Signature du médecin		Date	Langue de correspondance <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

Télocopieur: (709)292-4053

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