

Formulaire d'appel des frais d'Ambulance Nouveau-Brunswick



Pour faire appel des frais d'ambulance d'Ambulance Nouveau-Brunswick, veuillez remplir le présent formulaire. Si vous avez des questions au moment de remplir ce formulaire, veuillez composer le 1-888-657-3222. Le formulaire d'appel doit parvenir à Ambulance Nouveau-Brunswick dans les 90 jours suivant la date d'envoi de la facture.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE REMPLISSANT LE FORMULAIRE :

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Ville et province :	Code postal :
Je suis un : <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> membre de la famille <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :

Nom :	Téléphone :
Adresse :	
Ville et province :	Code postal :
Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
N° de facture :	Date de l'incident :
1. Le patient est-il âgé de 19 ans ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non **À noter : Si le patient était âgé de moins de 19 ans et habitait avec un parent ou un tuteur au moment de la création de la facture, le parent ou le tuteur doit faire appel en son nom.	
2. Le patient a-t-il plus d'une facture d'ambulance non payée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Combien de personnes sont à la charge du patient? Une personne à charge désigne : a) le conjoint du patient, qui dépend financièrement du patient; et/ou b) tout enfant du patient ou de son conjoint, qui est : I. âgé de moins de 19 ans et dépend financièrement du patient ou son conjoint; ou II. âgé de moins de 25 ans et inscrit à plein temps à un établissement d'enseignement; ou III. âgé de plus de 18 ans et handicapé Nombre de personnes à charge : _____	
4. Le patient est-il bénéficiaire d'une aide sociale quelconque de Développement social? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5. Le patient est-il une personne âgée recevant le Supplément de revenu garanti? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



Veillez préciser pourquoi le patient fait appel aux frais d'ambulance. Si des difficultés financières sont l'une des raisons de l'appel, **il faut soumettre** une copie de l'*Avis de cotisation* le plus récent de la résidence du patient, reçu de l'Agence du revenu du Canada. S'il n'est pas soumis, veuillez indiquer pourquoi ci-dessous. Des pages supplémentaires peuvent être utilisées au besoin. Veuillez signer et inscrire la date au bas de chaque page que vous soumettez.

PARTIE SUIVANTE À REMPLIR PAR LE PATIENT, SON TUTEUR OU UN DÉTENTEUR D'UNE PROCURATION :

Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé, conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS), 2009

En signant ci-dessous, j'accepte que le Comité d'appel d'Ambulance Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick obtiennent, examinent et utilisent n'importe quel de mes dossiers de soins au patient ou tout autre renseignement personnel que peut avoir Ambulance Nouveau-Brunswick à sa disposition. Le recours à ces dossiers doit servir à prendre une décision relativement à mon appel de la facture des frais d'ambulance qui m'a été envoyée par Ambulance Nouveau-Brunswick.

Signature : _____ Date : _____

<p>Envoyer le formulaire dûment rempli à : Ambulance Nouveau-Brunswick À l'attention de la superviseure de la facturation 210, rue John, bureau 101 Moncton (N.-B.) E1C 0B8 Téléphone : 506-872-6554 ou 1-888-657-3222 (sans frais) Télécopieur : 506-872-6501</p>	<p>Réservé à l'usage interne. Ne pas écrire dans cet espace.</p> <p>N° de facture : _____</p> <p>Date de réception : _____</p> <p>Date de traitement : _____</p>
--	---