

ANNEXE A

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné, _____ (ou Je soussigné _____,
(nom du patient)
parent /tuteur de _____, qui est mineur) autorise par les présentes Santé
Manitoba à envoyer un paiement à la Canada Vie relativement à toute demande de règlement en vertu de la
Loi sur l'assurance-maladie présentée par la Canada Vie à l'égard de soins médicaux et hospitaliers fournis à
l'extérieur du Canada _____, les renseignements à fournir comprennent notamment le
(dates du voyage)
nom des médecins et des hôpitaux, la date et la nature des soins (hospitalisation, soins externes, physiothérapie,
consultation, traitement, radiographie ou services de laboratoire).

Annexe B

CONVENTION DE CESSION DE PRESTATIONS PAYABLES À UNE PERSONNE INSCRITE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE

Je soussigné, _____ (ou, Je soussigné, _____ parent/tuteur
(nom du patient)
de _____, qui est mineur) autorise par les présentes Santé Manitoba à
envoyer un paiement à la Canada Vie relativement à toute demande de règlement en vertu de la Loi sur
l'assurance-maladie présentée par la Canada Vie à l'égard de soins médicaux et hospitaliers fournis à
l'extérieur du Canada.

FAIT le _____ (jour) (mois) _____ 20 _____ .

N° d'immatriculation de Santé Manitoba du patient

Signature du patient

Adresse

N° d'identification médical personnel du patient

Téléphone