

Nom :
Date de naissance :
Adresse :

MANDAT DE SOINS / REPRÉSENTATIONS

À qui de droit,

Je consens à ce que MedExtra recueille l'information concernant mon dossier médical de la part des fournisseurs de soins ou des établissements médicaux que j'ai consulté ou là où j'ai été traité, afin que MedExtra me fournisse les services de gestion des soins pour m'aider à obtenir des soins médicaux, et discute de mon cas avec d'autres professionnels de la santé (y compris, mais non limité à : gestionnaires de cas, cliniciens, institutions ou réseaux) comme MedExtra le juge nécessaire.

J'ai signé séparément un formulaire d' « autorisation de fournir des renseignements médicaux » permettant à MedExtra de recueillir ces informations.

Je comprends qu'une partie ou la totalité de mon dossier médical conservé par MedExtra peut être transmise afin de discuter de mon cas.

Signé à (ville, province) : _____ Le (date) _____

Par (lettres moulées) : _____

Signature : _____

REPRÉSENTANT DU CLIENT

J'autorise la/les personne-s suivante-s à être en contact avec MedExtra en mon nom et à me représenter. En signant ci-dessous, j'autorise la/les personne-s nommée-s de fournir à MedExtra toutes informations, renseignements ou suggestions qui pourrait les aider quant aux décisions et indications pour la marche à suivre concernant le-s diagnostic-s et le-s traitement-s médical-aux me concernant. Je comprends que cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que MedExtra reçoive une révocation signée par moi-même ou que ma situation se règle et que mon dossier actuel soit fermé.

Représentant 1 (lettres moulées) : _____

Représentant 2 (lettres moulées) : _____

Signé à (ville, province) : _____ Le (date) _____

Par (lettres moulées) : _____

Signature : _____

Noms des établissements de soins et des médecins disposant de votre dossier médical :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Nom :
Date de naissance :
Adresse :

AUTORISATION DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je, soussigné(e), consens à la communication et à l'échange d'informations orales, écrites et électroniques concernant mes renseignements personnels et mon état de santé entre MedExtra et tout praticien de soins de santé ou médecin autorisé qui possède des dossiers ou des rapports relatifs à ma santé actuelle, et tout évaluateur indépendant, fournisseur de services, agent et consultant travaillant avec MedExtra,

Je, soussigné(e), par la présente autorise et vous demande de fournir à MedExtra tous les renseignements, informations, documents, opinions, rapports et données qu'ils peuvent vous demander au besoin, y compris, mais sans s'y limiter, des copies de mes dossiers, fiches médicales, rapports et résultats d'analyse, ou tout autre document, ainsi que de tout autre élément, y compris, mais sans s'y limiter, les diapositives, films ou blocs, qui me concerne. Je vous demande donc respectueusement de coopérer avec MedExtra afin de leur faciliter l'accès aux informations me concernant.

Signé à (ville, province) : _____ Le (date) : _____

Par (lettres moulées) : _____

Signature : _____