

DEMANDE DE FORMULAIRE D'ASSURANCE OU SERVICES MÉDICAUX NON ASSURÉS

Dre Annie Deshaies

Dr Marc-André Magalhaes Grave

Complétez précisément les informations de cette requête, signez-là et datez-là (signature de l'utilisateur obligatoire) puis retournez-là par courriel à bureau@orthopediesherbrooke.com ou déposez-là dans une enveloppe au nom de votre médecin dans la boîte à lettres située à la clinique externe d'orthopédie du CHUS Hôtel-Dieu, porte 7, niveau 0. Pour toute autre information utile, consultez notre site web au www.orthopediesherbrooke.com.

Nom à la naissance, Prénom :		Adresse : Appartement :	
		Ville : Code postal :	
No de dossier de l'hôpital (carte aubergine) :		Date de naissance :	Adresse courriel :
SAAQ Date de l'accident :	CSST Date de l'accident :	Numéro(s) de téléphone :	
J'autorise le médecin susmentionné et/ou son adjointe administrative à consulter mon dossier médical pour transmettre au(x) destinataire(s) de la présente requête tous les renseignements nécessaires au traitement de ma demande actuelle ainsi que toutes les informations complémentaires ou additionnelles futures.			
Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____			

Veillez indiquer ci-après le nombre de formulaires dont vous avez besoin et le (ou les) nom(s) des destinataires :

Nombre de formulaires requis (*pour cette demande*) : _____

Assurance salaire : _____

Assurance(s) privée(s) : _____
