



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES APPAREILS PROTHÉTIQUES ET L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL DURABLE

C. P. 1610 Windsor (Ontario) N9A 0B7
À l'attention du service SSC

CENTRE DE SERVICE CLIENTÈLE
1 855 264-2174
Télécopieur 1 855 612-3031

Au patient : les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que RBC Vie puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande. Pour obtenir l'approbation préalable, veuillez envoyer ce formulaire à l'adresse indiquée. Une réponse par lettre décrivant notre responsabilité sera promptement envoyée au patient. Notre décision ne veut pas interférer ou refléter le traitement recommandé par votre médecin. Le fait de ne pas demander une approbation préalable pourrait entraîner le refus de payer votre demande de règlement.

SECTION I - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE PATIENT/TUTEUR

Nom du patient, Date de naissance, Adresse, N° d'identification du membre du régime, Numéro de téléphone, Adresse électronique, Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui pourrait couvrir ces services? Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance, Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

- 1) Je, le médecin traitant, prescris par la présente l'appareil ou les appareils prothétiques ou l'équipement médical ci-dessous pour le patient susmentionné. (Veuillez indiquer les spécifications lorsqu'elles sont disponibles.)
(A) Coût estimé (A)
(B) (requis) (B)
(C) (C)
(D) (D)
(E) (E)
2) État de santé du patient : Soins actifs Affections chroniques Soins palliatifs
3) Durée nécessaire : semaines mois année(s) à vie
4) Diagnostic (Veuillez préciser) :
5) Pour les lits d'hôpital seulement : veuillez indiquer le nombre d'heures ou le pourcentage de temps au lit :
6) Pour la viscosupplémentation seulement. Indiquez s'il s'agit du genou droit ou gauche. Droit Gauche
7) Veuillez indiquer la raison pour laquelle un article ordinaire n'est pas suffisant et qu'un article fait sur mesure est nécessaire :
8) Pour les neurostimulateurs transcutanés seulement : Veuillez indiquer si le patient reçoit présentement des traitements de chiropractie ou de physiothérapie ou les deux (au cours des six derniers mois) : Chiropractie Physiothérapie Les deux Aucun
9) L'article prescrit est-il un remplacement? Oui Non Si oui, indiquez la raison
10) Une demande a-t-elle été faite pour la prise en charge des frais par le gouvernement? Oui Non Ne s'applique pas
Si, non, indiquez la raison
11) Les articles ou l'équipement médical précités sont-ils requis à la suite d'une blessure au travail? Oui Non à la suite d'un accident d'automobile? Oui Non à des fins sportives seulement? Oui Non

Signature du médecin () M.D () Spécialiste Date

Nom du médecin (Écrire en lettres majuscules) Numéro de téléphone du médecin

Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à RBC Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par RBC Vie pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement. J'autorise en outre RBC Vie à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi.

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).

LE PATIENT OU LE MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.