



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

rbcinsurance.com

CENTRE DE SERVICE CLIENTÈLE

1 855 264-2174

Télécopieur 1 855 612-3031

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

Au patient: Les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que Compagnie d'assurance vie RBC 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 _____ / _____ / _____ AA MM JJ
Adresse _____	N° d'identification du membre du régime _____
_____	N° de téléphone _____
_____	Adresse de courriel _____

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation ? Oui Non

Si l'autre couverture est Compagnie d'assurance vie RBC, indiquez le N° 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 appareils PAP seulement : Veuillez indiquer l'index apnées hypopnées (IAH) : _____

6) Pour les lits d'hôpital seulement: veuillez indiquer le nombre d'heures ou le pourcentage de temps au lit : _____

7) Pour la Viscosupplémentation seulement. Indiquer le genou droit ou gauche. Droit Gauche

8) Veuillez indiquer la raison pour laquelle un article ordinaire n'est pas suffisant et qu'un article fait sur mesure est nécessaire : _____

9) L'article prescrit est-il un remplacement ? Oui Non
Si oui, indiquez la raison _____

10) Une demande a-t-elle été faite pour financement gouvernemental ? Oui Non Ne s'applique pas
Si, non, indiquez la raison _____

11) Les articles / équipement médical précités sont-ils requis :
À la suite d'une blessure liée au travail ? Oui Non
À la suite d'un accident de véhicule automobile ? Oui Non
À des fins sportives seulement ? Oui Non

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

Nom du médecin (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 Compagnie d'assurance vie RBC à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par pour évaluation de la 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 Compagnie d'assurance vie RBC 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.