



Au patient : Les détails requis ci-dessous sont obligatoires pour que RBC Vie puisse déterminer sa responsabilité à l'égard de cette demande pour l'équipement et les fournitures d'oxygène. Pour obtenir l'approbation préalable, veuillez envoyer cette demande à l'adresse ci-dessous. Le fait de ne pas soumettre cette autorisation pour approbation préalable pourrait entraîner le refus de payer votre demande de règlement.

SECTION 1 - INFORMATION DU MEMBRE DU RÉGIME

Table with 2 columns: Member information (N° D'IDENTIFICATION, NOM DE FAMILLE, PRÉNOM, ADRESSE, VILLE, PROVINCE) and Contact information (ADRESSE ÉLECTRONIQUE, N° DE TÉLÉPHONE, DATE DE NAISSANCE, ÂGE, CODE POSTAL).

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance collective qui pourrait inclure ces prestations ? Oui [] Non []

Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance _____

Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime RBC Vie _____

SECTION 2 - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE LES COPIES D'ANALYSE DES GAS SANGUINS ARTÉRIELS ET(OU) LECTURES D'OXYMÉTRIE.

1. Cette demande d'adhésion est :

- [] un renouvellement
[] initiale S'il s'agit d'une demande initiale, quelle est la date d'entrée en vigueur? _____

2. Diagnostic (veuillez préciser) : _____

3. La demande a-t-elle été soumise au ministère de la Santé pour prise en charge des frais Oui [] Non []

Si non, quelle est la raison ? _____

(Si la demande a été soumise et que la prise en charge a été refusée, veuillez joindre la lettre de refus.)

4. Mode d'approvisionnement :

- [] concentrateur (y compris les cylindres portables et de recharge)
[] cylindre (oxygène comprimé pour position fixe ou mobile)

5. Nom du fournisseur d'oxygène (si possible) _____

6. L'oxygène est-il 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 []

VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE LES COPIES D'ANALYSE DE GAZ SANGUINS ARTÉRIELS OU DE LECTURES D'OXYMÉTRIE.

_____, () M.G () Spécialiste

Signature du médecin Date

Nom du médecin (écrire en lettres majuscules) N° 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 soumissionnées. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumissionnées 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 MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez le retourner ainsi que toute autre information à :

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

Les formulaires dûment remplis peuvent aussi être envoyés par télécopieur 1 855 612-3031