



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES D'OXYGÈNE

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

Au patient : Les détails requis ci-dessous sont obligatoires afin que Compagnie d'assurance vie RBC puisse déterminer sa responsabilité à l'égard de cette demande pour l'équipement/les fournitures d'oxygène. Pour obtenir une approbation préalable, veuillez envoyer cette demande à l'adresse précitée. Le fait de ne pas soumettre cette autorisation pour 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 _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">AA MM JJ</div>	
Adresse _____ _____ _____	N° d'identification du membre du régime _____ Numéro de téléphone _____ Adresse de courriel : _____	
Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si l'autre couverture est fournie par Compagnie d'assurance vie RBC, indiquez le N° d'identification du membre du régime _____		

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE MÉDECIN

VEUILLEZ JOINDRE À CETTE DEMANDE LES COPIES D'ANALYSE DES GAZ 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 refusé, 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.

_____ Signature du médecin <input type="checkbox"/> M.G. <input type="checkbox"/> 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 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.