



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR CHIRURGIE POST-CATARACTE ET LUNETTES PROTHÉTIQUES

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

Nom du membre du régime _____ Date de naissance ____ / ____ / ____

Nom du patient _____ N° d'identification du membre du régime _____

Adresse (n° et rue) _____ N° de téléphone _____

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui pourrait couvrir ces services ? Oui Non

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

Maladie ou affection ophtalmique : _____

Pour les patients souffrant de cataracte, veuillez indiquer la date de chirurgie :

Oeil gauche _____ / _____ / _____ Implant du cristallin ? ___Oui ___Non
 Année Mois Jour

Oeil droit _____ / _____ / _____ Implant du cristallin ? ___Oui ___Non
 Année Mois Jour

Les lunettes prothétiques suivantes sont requises (veuillez inclure les détails de l'ordonnance) : _____

Nom du médecin (veuillez écrire lisiblement en lettres majuscules) Numéro de téléphone du médecin

Signature originale du médecin (estampe non acceptée) Date

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

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).