



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES ATTELLES FAITES SUR MESURE

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

Form fields for patient information: Nom du patient, Date de naissance, Adresse, N° d'identification du membre du régime, N° de téléphone, Adresse électronique, Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective, 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 TRAITANT

- 1. Je, en tant que médecin traitant, prescris les attelles (appareils orthopédiques) faites sur mesure suivantes pour le patient précité. (Veuillez inclure les spécifications lorsqu'elles sont disponibles.)
(A) Genre d'appareil (d'attelles) :
(B) Gauche Droit Bilatéral
(C) Coût estimatif :
2. État de santé du patient : Soins actifs Soins chroniques
3. Durée nécessaire : semaine(s) mois année(s) à vie
4. Diagnostic (Veuillez préciser) :
5. Traitements antérieurs : Physiothérapie # Nombre de traitements Chirurgie Médicaments Radiographies
6. Degré de l'espace articulaire : Perte antérieure/à venir Sans objet
7. Veuillez préciser la raison médicale pour laquelle une attelle faite sur mesure est nécessaire au lieu d'une attelle standard.
8. Le patient a-t-il vu l'attelle et les coûts lui ont-ils été fournis ? Oui Non
9. L'attelle prescrite est-elle un remplacement ? Oui Si oui, précisez la raison Non
10. Une demande de remboursement a-t-elle été faite auprès du gouvernement ? Oui Non
Si non, indiquez la raison Sans objet
11. Est-ce que cet appareil ou équipement médical est 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 MEMBRE DU RÉGIME ASSUMERA LES COÛTS ENGAGÉS POUR OBTENIR CES RENSEIGNEMENTS, S'IL Y A LIEU.