



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ORTHÈSE PLANTAIRE OU DE CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES SUR MESURE

Au patient : Les détails demandés ci-dessous sont obligatoires, afin que RBC Vie puisse déterminer sa responsabilité quant à cette demande.

FOURNISSEUR			PATIENT		
N° fournisseur	N° de téléphone ()		N° d'identification du membre du régime	Date de naissance ____ / ____ / ____	
Nom			Nom		
Adresse			Adresse		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal

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

Si oui, veuillez nous 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 _____

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE AU COMPLET PAR LE FOURNISSEUR ET/OU MÉDECIN TRAITANT / PODOLOGUE / PODIATRE / PODO-ORTHÉSISTE / ORTHÉSISTE.

1. Par la présente, je prescris/fournis les articles suivants pour le patient susmentionné:

Orthèses plantaires sur mesure Chaussures orthopédiques*

* Veuillez indiquer la marque et le modèle de la chaussure orthopédique, le cas échéant _____

2. Diagnostic (veuillez être précis(e)) : _____

3. Les articles sont-ils requis : à la suite d'une blessure reliée au travail? Oui Non

à la suite d'un accident d'automobile Oui Non à des fins sportives seulement? Oui Non

Pour une demande de règlement d'orthèses plantaires sur mesure, veuillez fournir aussi les renseignements suivants :

1. Copie des résultats des tests d'évaluation pour le diagnostic :

Examen biomécanique ou Analyse de la démarche Autre _____

2. Identifier la technique de moulage. Doit créer un modèle volumétrique 3D du pied du patient.

Moulage en position neutre de la sous-astragalienne (comme le plâtre de Paris)

Moulage de semi-appui (comme le moulage sur mousse)

Balayage 3D au laser Autre, veuillez préciser _____

3. Copie de la facture de laboratoire indiquant les matières brutes utilisées pour fabriquer l'orthèse et les coûts associés/engagés pour la fabrication.

Le prescripteur doit signer dans cette case ou joindre l'ordonnance.

Date _____

Nom du médecin/chiroprodiste/podiare (veuillez Écrire en lettres majuscules)

Médecin Chiroprodiste Podiatre Autre _____

Signature _____ N° de téléphone () _____

1.	DESCRIPTION DU TRAITEMENT	DATE DE LIVRAISON			HONORAIRES / FRAIS \$
		AN	MOIS	JOUR	
2.					\$
3.					\$

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE J'AI EFFECTUÉ LE TRAITEMENT DÉCRIT CI-DESSUS ET QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE SONT EXACTS.

Signature du fournisseur _____

Accréditation _____

N° d'enregistrement _____

LE MEMBRE DU RÉGIME A ACQUITTÉ LA TOTALITÉ DES HONORAIRES OU FRAIS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE. VEUILLEZ REMBOURSER DIRECTEMENT LE MEMBRE DU RÉGIME.

J'ATTESTE QU'ON M'A REMIS LES ORTHÈSES PLANTAIRES ET QU'ELLES SONT EN MA POSSESSION, ET PAR CONSÉQUENT, J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE QUE LE FOURNISSEUR SUSMENTIONNÉ SOIT PAYÉ DIRECTEMENT.

Signature du fournisseur _____

Signature du patient _____

Date _____

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.