



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES SOINS À DOMICILE D'UN(E) INFIRMIER(ÈRE) AUTORISÉ(E) (I.A.), D'UN(E) INFIRMIER(ÈRE) AUXILIAIRE AUTORISÉ(E) (I.A.A.) OU D'UN(E) TRAVAILLEUR(SE) DE SOUTIEN PERSONNEL (T.S.P.) PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRE (P.A.B.)

C.P. 1613, Windsor (Ontario) N9A 0B8
À l'attention du Service des soins infirmiers à domicile /SSC
CENTRE DE SERVICE CLIENTÈLE 1 855 264-2174
Téléopérateur 1 855 612-3031

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 ci-dessous. Une réponse par lettre décrivant notre responsabilité sera rapidement envoyée au patient. Notre décision n'a pas pour objet d'interférer avec le traitement recommandé par votre médecin ni d'en tenir compte. 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 OU LE TUTEUR

Form fields for patient information: Nom du patient, Date de naissance, Adresse, N° d'identification du membre du régime, Numéro de téléphone, Adresse de courriel, Personne-ressource, Numéro de téléphone, and insurance coverage questions.

SECTION II - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT/INFIRMIER(ÈRE) PRATICIEN(NE)

Form fields for medical professional: 1) Authorization statement, 2) Patient diagnosis, 3) Special care and treatment details, 4) Start date, 5) Duration, 6) Hours per day, 7) Hours per week, 8) Home care, 9) Government programs, and caregiver information.

Signature and date fields for the medical professional, and name and phone number fields.

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 REÇUES DANS LES 12 MOIS DE 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.

