



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES SOINS À DOMICILE

C.P. 1613, Windsor (Ontario) N9A 0B8
À l'attention : Service des soins infirmiers à domicile /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 pour que Compagnie d'assurance vie RBC 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/TUTEUR

Nom du patient _____ Date de naissance ____/____/____
AA MM JJ
Adresse _____ N° d'identification du membre du régime _____
N° de téléphone _____
Adresse de courriel _____

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui peut comprendre ces services comme prestation ? Oui [] Non []
Si l'autre couverture est Compagnie d'assurance vie RBC, indiquez le N° d'identification du membre du régime : _____
Ces services sont-ils requis suite à une blessure liée au travail ? Oui [] Non [] Date de blessure _____
Ces services sont-ils requis suite à un accident de véhicule automobile ? Oui [] Non [] Date de l'accident _____

- CRITÈRES RELATIFS AUX SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE
1. Doit avoir accédé au régime provincial et être admissible aux services.
2. Des réévaluations seront requises à une fréquence déterminée par Green Shield Canada.
3. La mise en place de soins infirmiers/soutien à domicile est effectuée pour répondre aux besoins en matière de personnel qualifié du participant au régime.

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

Je, à titre de médecin/infirmier praticien traitant, autorise par la présente les services pour le patient susmentionné.
1) Diagnostic primaire et secondaire du patient (veuillez préciser) : _____
2) L'état du patient est-il : Stable _____ Aigu _____ Chronique _____ Soins palliatifs – Échelle PPS _____
3) Veuillez indiquer les tâches précises que les infirmiers ou les PAB/AMD accompliront :
Administration de médicaments / voie d'administration _____ Soin des plaies _____
Thérapie respiratoire _____ Surveillance des signes vitaux _____
Aide pour les AVQ (veuillez préciser la tâche effectuée) : _____
Autre (veuillez décrire) : _____
4) Date à laquelle les soins sont requis : _____
5) Niveau de soins (I.A./I.A.A.) _____
Fréquence : Semaine(s) _____ Mois(s) _____ Jour(s) _____ Heures par jour _____
Niveau de soins (PAB/AMD) _____
Fréquence : Semaine(s) _____ Mois(s) _____ Jour(s) _____ Heures par jour _____
6) Ces soins/services seront-ils fournis au domicile du patient? Oui [] Non []
7) Résultat attendu des services : _____

**SECTION III - PARTICIPATION PROVINCIALE**

Les services demandés sont-ils fournis ou partiellement subventionnés dans le cadre de programmes financés par le gouvernement? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer ci-dessous les services fournis. Dans la négative, veuillez préciser la raison :

Niveau de soins (I.A./I.A.A.) _____

Fréquence : Semaine(s) _____ Mois(s) _____ Jour(s) _____ Heures par jour _____

Niveau de soins (PAB/AMD) _____

Fréquence : Semaine(s) _____ Mois(s) _____ Jour(s) _____ Heures par jour _____

Nom de l'agence _____

Gestionnaire de cas _____ No de téléphone du gestionnaire de cas _____

SECTION IV - AUTORISATION

Signature du médecin/infirmier praticien _____ Date _____

Nom du médecin/infirmier praticien, en lettres moulées _____ Numéro de téléphone du médecin/infirmier praticien _____

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 Compagnie d'assurance vie RBC 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 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 ou les 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 organismes d'application de la loi.

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

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