

## Autorisation de paiement par le gouvernement des pour des soins médicaux et hospitaliers reçus à l'étranger (résidents du la Nouveau-Brunswick)

*Veillez retourner le présent formulaire d'autorisation de paiement et de cession dûment remplie à la Canada Vie le plus tôt possible afin que votre demande de règlement soit traitée rapidement. Veuillez fournir toutes les données exigées, y compris le numéro du régime de la Canada Vie et votre numéro d'identification.*

*Le présent formulaire sera renvoyé s'il n'est pas dûment rempli. La production du formulaire permettra à la Canada Vie d'effectuer la coordination directe de vos prestations avec celles versées par le régime d'assurance-maladie de votre province.*

### **À être rempli par le RÉSIDENT/la PERSONNE ASSURÉE**

« J'autorise l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ou ses agents à transmettre à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie le paiement visant tous les soins médicaux et hospitaliers admissibles qui ont été reçus hors du Canada et pour lesquels La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie a présenté une demande de règlement au ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick. »

« Par ailleurs, je consens à endosser tous les chèques dus à la Canada Vie en remboursement de ces dépenses. »

FAIT le \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Numéro de l'assurance-maladie provinciale du patient \_\_\_\_\_

Signature du résident/patient \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification ou de certificat de la Canada Vie      Numéro du régime de la Canada Vie/de l'employeur