

Autorisation de paiement par le gouvernement pour des soins médicaux et hospitaliers reçus à l'étranger (résidents de la Nouvelle-Écosse)

Veillez retourner le présent formulaire d'autorisation de paiement dûment rempli 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, ainsi que la convention autorisant les paiements du régime d'assurance-maladie.

Ce formulaire vous sera retourné s'il n'est pas dûment rempli. La production du présent 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 et je mandate le *Medical Services Insurance Plan* (régime d'assurance soins médicaux de la Nouvelle-Écosse) ou le *Department of Health Hospital Plan* (régime d'hospitalisation du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse), ou leurs 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 Vie et pour lesquels La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie a présenté une demande de règlement au *Medical Services Insurance Plan* ou au ministère de la Santé. »

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

FAIT le _____ Année _____

Numéro de la carte d'assurance-maladie provinciale du patient (dix chiffres) _____

Signature du résident/patient _____

Numéro d'identification ou de certificat de la Canada Vie

Numéro du régime de la Canada Vie/de l'employeur