

Autorisation de paiement par le gouvernement pour des soins médicaux et hospitaliers reçus à l'étranger (résidents de Terre-Neuve-et-Labrador)

Veuillez retourner le présent formulaire d'autorisation de paiement et la demande de prestations d'assurance-hospitalisation ci-jointe dûment remplis 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 vous sera retourné s'il n'est pas dûment rempli. Sa production permettra à la Canada Vie d'effectuer la coordination directe de vos prestations avec celles qui sont versées au titre du régime d'assurance-maladie de votre province.

À être rempli par LE RÉSIDENT/L'ASSURÉ

« J'autorise et je mandate le *Medical Care Plan* (régime d'assurance soins médicaux de Terre-Neuve-et ou Labrador) le ministère de la Santé et des Services communautaires, 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 et pour lesquels La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie a présenté une demande de règlement au *Medical Care Plan* ou au ministère de la Santé et des Services communautaires. »

FAIT le _____ Année _____

Numéro d'assurance-maladie provinciale du patient (numéro d'identification du patient) _____

Signature du résident/patient _____

Numéro d'identification ou de certificat de la Canada Vie

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