

**IMPORTANT** : Ne remplir ce formulaire qu'en cas de cession des prestations au fournisseur de services. Remplir un formulaire Cession des prestations pour chaque fournisseur.

## RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SERVICES (en lettres moulées)

Nom du fournisseur		
Adresse		Unité
Ville	Province	Code postal 
Numéro d'inscription du fournisseur	Signature ou estampille du fournisseur	Date (mm/jj/aaaa)

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTICIPANTE OU LE PARTICIPANT (en lettres moulées)

Nom du participant		
Adresse		App.
Ville	Province	Code postal 
Numéro d'identification	Régime numéro	

## AUTORISATION

**Je certifie** que moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) ont reçu les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** le RAEO et son assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, son assureur, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web [www.servicesraeo.com](http://www.servicesraeo.com) ou demander d'en recevoir un exemplaire.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_

Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier de santé à des fins d'assurance. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, les représentants et l'assureur du RAEO, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, dans l'exercice de leurs fonctions;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.