

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DE L'OUÏE**

CE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE REMPLI POUR TOUS LES MEMBRES DU RÉGIME RÉCLAMANT UN REMBOURSEMENT

FOURNISSEUR			PATIENT		
Numéro du fournisseur		N° de téléphone	N° d'identification du membre du régime		
Nom			Nom		
Adresse (n° et rue)			Adresse (n° et rue)		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Doit être remplie au complet par le patient/tuteur			Pour les résidents de l'Ontario :		
1) Ces services sont-ils requis à la suite d'une blessure au travail ?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Une copie du formulaire du PAAF doit accompagner cette demande de règlement. S'il ne s'agit pas d'une demande de règlement du PAAF, veuillez expliquer pourquoi et fournir une copie de cet audiogramme.
2) Ces services sont-ils requis à la suite d'un accident d'automobile ?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
3) Possédez-vous toute autre protection pour les soins de l'ouïe ?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____			Pour les autres provinces :		
Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime _____			Fournir une copie de l'audiogramme.		
Appareil auditif recommandé par: ORL <input type="checkbox"/> Otolaryngologiste <input type="checkbox"/>			Date de service (date de livraison) _____ / _____ / _____		
Audiologiste <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/>			année mois jour		
Nom: _____			FRAIS		
(Veuillez indiquer le nom)			Appareil gauche		
Diagnostic (raison pour une prothèse): _____			Appareil droit		
			Total des frais		
			Total des frais		
DESCRIPTION DE L'APPAREIL AUDITIF			Coût d'acquisition		
Genre de récepteur pour appareil auditif (Veuillez cocher)			Moule		
Conventionnel Programmable Numérique			Options (énumérez)		
BTE <input type="checkbox"/> D-70410 <input type="checkbox"/> G-70400			Honoraires		
<input type="checkbox"/> D-70910 <input type="checkbox"/> G-70900			Total partiel		
<input type="checkbox"/> D-70735 <input type="checkbox"/> G-70730			ADP/Régime provincial alloué		
ITE <input type="checkbox"/> D-70610 <input type="checkbox"/> G-70600			Total		
<input type="checkbox"/> D-70810 <input type="checkbox"/> G-70800			Réparation - du fabricant (copie de la facture requise)		
<input type="checkbox"/> D-70725 <input type="checkbox"/> G-70720			Réparation- du fournisseur		
ITC <input type="checkbox"/> D-70510 <input type="checkbox"/> G-70500			Autres : (piles, retours d'article)		
<input type="checkbox"/> D-70925 <input type="checkbox"/> G-70920					
<input type="checkbox"/> D-70710 <input type="checkbox"/> G-70700					
CIC <input type="checkbox"/> D-70710 <input type="checkbox"/> G-70700					
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 RBC Vie à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par RBC Vie 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 RBC Vie 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 réglementation ou les organismes d'application de la loi.					
Patient ou parent/tuteur		Patient ou parent/tuteur		Il n'est pas nécessaire de joindre un reçu si ce formulaire a été rempli et si cette partie a été signée.	
Je reconnais que les frais indiqués sur cette demande de règlement peuvent ne pas être couverts par les prestations prévues dans mon contrat ou qu'ils peuvent les dépasser.		Remplir cette section seulement à la date de livraison et seulement si ce formulaire est rempli.		Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été payés au complet par le membre du régime. Veuillez payer le membre du régime pour les frais admissibles.	
Je reconnais que je suis financièrement responsable envers mon fournisseur du coût de ces services. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce formulaire.		Je cède par la présente mes prestations payables en vertu de cette demande de règlement au fournisseur susmentionné et j'autorise qu'elles lui soient directement versées.			
Signature du patient ou parent/tuteur		Signature du patient ou parent/tuteur		Signature du fournisseur	

Le patient ou membre du régime assumera les coûts pour obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date de service (à moins d'indication contraire dans votre documentation du régime de prestations).