



Assurances

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR APPAREILS AUDITIFS

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien, ainsi que pour chaque patient

Il n'est pas nécessaire de joindre les reçus si ce formulaire est rempli au complet par le fournisseur.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT				RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR		
N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME		DATE DE NAISSANCE (AA/MM/JJ) ____/____/____		NUMÉRO DU FOURNISSEUR		N° DE TÉL. DU FOURNISSEUR
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		NOM DU FOURNISSEUR		
ADRESSE				ADRESSE		
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE		PROVINCE
				CODE POSTAL		
ADRESSE DE COURRIEL				ADRESSE DE COURRIEL		
SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE						
Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre le relevé d'Explication des prestations de l'assureur principal.						
Si l'autre couverture est fournie par d'assuranc RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____						
Voulez-vous coordonner cette réclamation avec votre autre couverture RBC Vie?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de l'accident _____		
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de travail?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de la blessure _____ WCB Cas N° _____		
SECTION 3a – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR OU DISTRIBUTEUR (CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE POUR L'EXAMEN DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT – NE PAS LA REMPLIR AU COMPLET POURRAIT ENTRAÎNER LE REFUS DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT)						
PRESCRIPTEUR : <input type="checkbox"/> AUDIOLOGISTE <input type="checkbox"/> MÉDECIN OU INFIRMIER PRATICIEN						
NOM ET NUMERO DE LICENSE DU PRESCRIPTEUR : _____						
RENSEIGNEMENTS SUR LE DISTRIBUTEUR : <input type="checkbox"/> AUDIOLOGISTE <input type="checkbox"/> PRATICIEN EN PROTHÈSES AUDITIVES <input type="checkbox"/> AUTRE _____						
NAME OF DISPENSER: _____						
J'atteste que j'ai personnellement évalué le patient identifié dans ce formulaire. D'après mon évaluation, je confirme que ce patient a besoin de ces appareils sur le plan médical. Je confirme que la perte auditive du patient est suffisante pour justifier l'utilisation à long terme d'un appareil auditif pour l'ensemble de ses activités quotidiennes.						
JE CONFIRME QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.						
SIGNATURE DE L'AUDIOLOGISTE OU PRATICIEN EN PROTHÈSES AUDITIVES DISTRIBUTEUR			N° DE PERMIS		DATE	
SECTION 3b – DÉTAILS DE LA DEMANDE (DE RÈGLEMENT UN AUDIOGRAMME DOIT ÊTRE SOUMIS AVEC TOUTE DEMANDE DE RÈGLEMENT)						
DATE DE L'EXÉCUTION : _____ ANNÉE MOIS JOUR				FRAIS :		APPAREIL GAUCHE
ARTICLES FOURNIS : <input type="checkbox"/> APPAREIL(S) AUDITIF(S) <input type="checkbox"/> PROTECTIONS ANTIBRUIITS <input type="checkbox"/> SYSTÈME FM <input type="checkbox"/> BICROS <input type="checkbox"/> _____				Tous les montants indiqués doivent représenter les montant totaux facturés (moins tout rabais ou toute garantie fournis)		
PRODUITS OU SERVICES GRATUITS FOURNIS : _____				COÛT TOTAL DES APPAREILS		
DIAGNOSTIC : (RAISON DE LA PRESCRIPTION DES APPAREILS) _____				ALLOCATION PROVINCIALE (le cas échéant)		
MARQUE ET MODÈLE : _____ N° DE SÉRIE : _____				PILES		
TYPE DE RÉCEPTEUR : CLASSIQUE <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT NUMÉRIQUE <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT				AUTRES FRAISFEES – Indiquer cidessous (p. ex., accessoires)		
<input type="checkbox"/> AUTRE _____				1.		
RÉPARATION SEULEMENT : FRAIS : APPAREIL GAUCHE \$ _____ FRAIS : APPAREIL DROIT \$ _____				2.		
FABRICANT <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT FOURNISSEUR <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROIT (COPIE DE LA FACTURE REQUISE)				3.		

SECTION 4 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Chez Compagnie d'assurance vie RBC (« **RBC Vie** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **votre** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérerait comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de RBC Vie ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de RBC Vie qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à <http://www.rbc.com/privacysecurity/>. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par RBC Vie de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous venez avec vous les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à RBC Vie à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> mais, si vous le faites, RBC Vie ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

Nom

Signature

Date

SECTION 5 - CESSION DES PRESTATIONS

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE LE PAIEMENT DIRECT AU FOURNISSEUR.

LES FRAIS ÉNUMÉRÉS DANS CETTE RÉCLAMATION ONT ÉTÉ PAYÉS EN ENTIER PAR LE PATIENT. VEUILLEZ REMBOURSER LE PATIENT DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

SIGNATURE DU FOURNISSEUR

SECTION 6 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

TOUTES LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). **VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX** et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.

SERVICE SSC

C.P. 1610
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 0B7

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 855 264-2174

rbcinsurance.com