



## FORMULAIRE DE RÈGLEMENT POUR SOINS CHRONIQUES OU AUTRE NIVEAU DE SOINS

**Comment présenter une demande de règlement :**

1) Ce formulaire doit être rempli au complet par un représentant de l'hôpital et doit être envoyé à notre bureau (à l'attention du Service des règlements, Soins hospitaliers) le mois suivant auquel s'appliquent les frais de quote-part.  
2) Un représentant de l'hôpital doit effectuer une évaluation dans le but de déterminer l'admissibilité à un tarif réduit et les copies des résultats DOIVENT être envoyées avec la demande de règlement initiale. L'hôpital aura à sa disposition un approvisionnement de formulaires d'évaluation puisqu'ils sont envoyés directement à l'hôpital par le ministère de la Santé.

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'identification du membre \_\_\_\_\_

Nom de famille du patient \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Année Mois Jour

Date de l'admission aux :  soins chroniques \_\_\_\_\_  ANS \_\_\_\_\_

Ce placement est-il  permanent  aux fins de réhabilitation seulement.

Cette demande de règlement est-elle le résultat d'un accident d'automobile ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une autre couverture d'assurance collective qui pourrait couvrir ces services ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Si l'autre couverture est fournie par Compagnie d'assurance vie RBC, indiquez le numéro d'identification du membre du régime \_\_\_\_\_

Compte pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Frais mensuels de quote-part \_\_\_\_\_ \$ OU tarif par jour \_\_\_\_\_ \$ X \_\_\_\_\_ jours = \_\_\_\_\_ \$

(Le calcul du tarif par jour est utilisé pour les facturations mensuelles partielles seulement.)

Genre de chambre occupée :  standard / salle commune  à deux lits  à un lit

Si le patient a occupé une chambre à deux lits, indiquez la différence de frais en plus de la

quote-part : \_\_\_\_\_ \$ X \_\_\_\_\_ jours = \_\_\_\_\_ \$

### Directive pour le paiement

Si le paiement doit être versé directement à l'établissement, veuillez indiquer le numéro de fournisseur de Compagnie d'assurance vie RBC \_\_\_\_\_

Si le paiement doit être versé au membre du régime, veuillez écrire l'adresse postale au complet à laquelle le chèque doit être envoyé.  
\_\_\_\_\_

### Attestation de l'hôpital

Nous attestons que le patient susmentionné a occupé un lit pour soins chroniques/ANS pendant la période facturée. Une évaluation dans le but de déterminer l'admissibilité à un tarif réduit (consulter les règles et lignes directrices du ministère de la Santé) a été effectuée et les frais indiqués ci-dessus tiennent compte des résultats de l'évaluation.

Date \_\_\_\_\_

Signature du représentant de l'hôpital \_\_\_\_\_

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 Compagnie d'assurance vie RBC à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par pour évaluema 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 Compagnie d'assurance vie RBC 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.

Le patient ou membre du régime assumera les coûts engagés 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 la documentation de votre régime de prestations).

Envoyer le formulaire à : Compagnie d'assurance vie RBC  
C. P. Box 1603, Windsor (Ontario) N9A 0B6  
**CENTRE DU SERVICE CLIENTÈLE 1 855 264-2174 rbcassurances.com**