



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES SOINS À DOMICILE D'UN(E)  
INFIRMIER(ÈRE) AUTORISÉ(E) (I.A.), D'UN(E) INFIRMIER(ÈRE) AUXILIAIRE  
FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES SOINS À DOMICILE D'UN(E)  
AUTORISÉ(E) (I.A.A.) OU D'UN(E) TRAVAILLEUR(SE) DE SOUTIEN PERSONNEL (T.S.P.)  
PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRE (P.A.B.)**

N° d'identification du membre du régime			N° du fournisseur		
Nom du patient			Initiale		
Adresse			Organisme de soins infirmiers		
Ville			Province		Code postal
Code postal			Adresse		Ville
Province			Code postal		Numéro de téléphone

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 RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis à la suite d'un accident d'automobile ? Oui  Non  Date de l'accident \_\_\_\_\_

Le traitement est-il requis à la suite d'une blessure au travail ? Oui  Non

Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la CSST/CAT ? Oui  Non  Date de la blessure \_\_\_\_\_

LES SERVICES ONT ÉTÉ RENDUS PAR UN : I.A./I.A.A.  T.S.P./P.A.B.  SOINS DES PIEDS  DOMICILE  EN CLINIQUE

AU COURS DE LA SEMAINE DU DIMANCHE \_\_\_\_\_ AU SAMEDI \_\_\_\_\_ SELON L'HORAIRE SUIVANT :

DATE	Heures travaillées (indiquez avant ou après-midi)					Tarif Horaire	Nombre d'heures	Montant total par quart de travail	Nom de la personne fournissant les services	Numéro d'enregistrement (le cas échéant)
	A.M.	P.M.		A.M.	P.M.					
Dimanche			à							
Lundi			à							
Mardi			à							
Mercredi			à							
Jeudi			à							
Vendredi			à							
Samedi			à							
Dimanche			à							
Lundi			à							
Mardi			à							
Mercredi			à							
Jeudi			à							
Vendredi			à							
Samedi			à							

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.

Je déclare que le traitement indiqué a été administré et que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts.

Les frais indiqués sur cette demande de règlement ont été acquittés au complet. Veuillez rembourser directement le membre du régime.

Je déclare que le traitement ci-dessus a été administré. Veuillez payer directement le fournisseur indiqué ci-dessus.

Signature du responsable de l'organisme de soins infirmiers

Signature du responsable de l'organisme de soins infirmiers

Signature du patient/tuteur

**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 votre documentation du régime de prestations).**

VEUILLEZ POSTER À : Compagnie d'assurance vie RBC  
C.P. 1601, WINDSOR (ONTARIO) N9A 0B4  
À L'ATTENTION DU SERVICE SSC  
CENTRE DE SERVICE CLIENTÈLE 1 855 264-2174

