



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR APPAREILS MÉDICAUX

VEUILLEZ UTILISER UN FORMULAIRE POUR CHAQUE PRATICIEN ET POUR CHAQUE PATIENT. PRIÈRE DE NE PAS UTILISER CE FORMULAIRE POUR LES PROTHÈSES PLANTAIRES OU LES CHAUSSURES SUR MESURE.

Vous pouvez vous procurer des formulaires supplémentaires sur notre site web au [www.rbcassurances.com/affaires/assurance-collective/index.html](http://www.rbcassurances.com/affaires/assurance-collective/index.html)

FOURNISSEUR			PATIENT		
NUMÉRO DE FOURNISSEUR DE RBC VIE	N° DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR (    )		N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME	N° Dép	NOM DE L'ENTREPRISE
NOM DU FOURNISSEUR			NOM DE FAMILLE                      PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE ____/____/____ AA            MM            JJ
ADRESSE			ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

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.

APPAREILS MÉDICAUX FOURNIS	AA	MM	JJ	TAXE INCL. O OU N	FRAIS (EN \$)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>TOTAL</b>					

**Une ordonnance ou autorisation du médecin pourrait être requise pour mener à bien le traitement de cette demande de règlement.**

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 N° 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 LIÉE AU TRAVAIL ? OUI  NON

LE TRAITEMENT EST-IL LIÉ À UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AUPRÈS DE LA CCST OU D'UNE CAT ? OUI  NON                       DATE DE LA BLESSURE \_\_\_\_\_

J'ATTESTE QUE J'AI FOURNI LES APPAREILS MÉDICAUX DÉCRITS CI-DESSUS ET QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS SUR CE FORMULAIRE SONT EXACTS.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU FOURNISSEUR                      N° D'ENREGISTREMENT, TITRES PROFESSIONNELS ASSOCIATION

J'ATTESTE QUE J'AI REÇU LES APPAREILS MÉDICAUX PRÉCITÉS.  
\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT / MEMBRE DU RÉGIME

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE MEMBRE DU RÉGIME. VEUILLEZ REMBOURSER DIRECTEMENT LE MEMBRE DU RÉGIME.	J'ATTESTE QUE J'AI REÇU LES ARTICLES MÉDICAUX PRÉCITÉS ET J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE QUE LE FOURNISSEUR NOMMÉ CI-DESSUS SOIT PAYÉ DIRECTEMENT.
--	--

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU FOURNISSEUR                      SIGNATURE DU PATIENT

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 JOINDRE TOUS LES ORIGINAUX DES REÇUS, LES ORDONNANCES ET LES FORMULAIRES D'AUTORISATION  
Veillez garder des copies pour vos dossiers, puisque les originaux des reçus ne seront pas retournés.

**Compagnie d'assurance vie RBC**  
C.P. 1613, Windsor (Ontario) N9A 0B8  
À l'attention du Service de santé de soins complémentaires  
**CENTRE DU SERVICE CLIENTÈLE 1 855 264-2174**