



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
POUR LES SERVICES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONNEXES

CODES PROFESSIONNELS \* Pourrait ne pas s'appliquer à tous les membres du régime de RBC Vie.

- 1 Podologue 6 Psychologue clinicien \* 10 Ostéopathe 15 Homéopathe
2 Pédicure 7 Naturopathe 11 Diététicien \* 16 Praticien en science chrétienne
3 Chiropraticien 8 Orthophoniste/pathologiste \* 12 Thérapeute en sport certifié \* 17 Physiologiste en musculature \*
4 Physiothérapeute \* 9 Acupuncture 13 Massothérapeute en Shiatsu 18 Conseiller
5 Massothérapeute autorisé \* 14 Ergothérapeute 19 Autres - veuillez préciser

\* L'AUTORISATION DU MÉDECIN PEUT ÊTRE REQUISE POUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT INITIALE POUR LES CODES PROFESSIONNELS 4, 5, 8, 11, 12, 13, 17

REMARQUE : Ce formulaire est utilisé seulement pour les services ou les traitements et non pour les fournitures médicales. Veuillez utiliser un formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient.

Table with 2 main columns: Fournisseur and Patient. Fields include: Numéro de fournisseur, N° de téléphone du fournisseur, N° d'identification du membre du régime, N° pers. charge, Nom de l'entreprise, Nom, Code professionnel, Nom de famille, Prénom, Date de naissance, Adresse, Ville, Prov., 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.
Ne présentez une demande de règlement que pour les services rendus pour lesquels le maximum du régime provincial a été atteint (le cas échéant).
Date de la dernière visite couverte par le régime provincial

Table with 6 columns: Traitement rendu (Nbre d'heures, le cas échéant), AA, MM, JJ, Taxe incl. O ou N, Frais \$, and a large text area for insurance details and signatures.

Diagnostic du patient \_\_\_\_\_

IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE JOINDRE LES FACTURES OU LES REÇUS À CE FORMULAIRE SI LE FOURNISSEUR DE SERVICE LE REMPLIT EN ENTIER

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).

Compagnie d'assurance vie RBC

C.P. 1613, Windsor (Ontario) N9A 0B8

À l'attention du Service de santé complémentaire

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 855 264-2174