



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DE LA VUE

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque praticien ainsi que pour chaque patient. Il n'est pas nécessaire de joindre les factures ou les reçus à ce formulaire si le fournisseur le remplit en entier.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

N° d'identification du membre du régime		Nom de l'entreprise		Numéro du fournisseur		N° de téléphone	
Nom de famille		Prénom		Date de naissance AA/MM/JJ			
Adresse				Adresse			
Ville		Prov.		Code postal		Ville	

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous un autre contrat collectif d'assurance pouvant couvrir ces services ? OUI NON

Si oui, indiquez le nom de l'autre compagnie d'assurance _____ ET veuillez inclure une copie du relevé de l'assureur principal

Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____

Le traitement fait-il suite à un accident d'automobile ? OUI NON Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) _____

Le traitement est-il requis à cause d'une blessure reliée au travail ? OUI NON

Le traitement est-il lié à une réclamation auprès de la CSPAAT (ou) CS OUI NON Date de la blessure (AA/MM/JJ) _____

SECTION 3a – DÉTAILS SUR L'EXAMEN DE LA VUE (SEULEMENT SI INCLUS AVEC LA RÉCLAMATION)

EXAMEN DE LA VUE	<input type="text"/>	NUMÉRO DU FOURNISSEUR	<input type="text"/>	NOM DE L'OPTOMÉTRISTE, ADRESSE ET N° DE TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
	ANNÉE MOIS JOUR				
MONTANT	<input type="text"/> \$	PAYÉ PAR LE MEMBRE DU RÉGIME	<input type="checkbox"/>		
		PAYÉ PAR LE FOURNISSEUR	<input type="checkbox"/>		

SECTION 3b – DÉTAILS SUR LES ARTICLES DE LUNETTERIE

FRAIS \$		DATE DE RÉCEPTION OU DE PAIEMENT INTÉGRAL DES LUNETTES: _____			
		ANNÉE		MOIS	
		JOUR			
MONTURE		SPHÈRE	CYLINDRE	AXE	PRISME
LENTILLES POUR LUNETTES					
LENTILLES CORNÉENNES		D			
HONORAIRES PROFESSIONNELS		G			
DIVERS		BIFOCAL	PROGRESSIVE BIFOCAL	TRIFOCAL	TEINTE Couleur et n°
1. _____					
2. _____		D	D	D	
TOTAL		G	G	G	
MONTANT PAYÉ PAR LE PATIENT		Lentilles cornéennes : L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/70 dans le meilleur œil avec des lunettes conventionnelles? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
SOLDE À PAYER AU FOURNISSEUR		L'acuité visuelle peut-elle être restaurée à au moins 20/70 dans le meilleur œil avec des lunettes conventionnelles? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sont-elles nécessaires, du point de vue médical, en raison du kératoconus, de l'astigmatisme irrégulier ou d'une courbe irrégulière de la cornée? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Doit être rempli par le fournisseur dans tous les cas :

- Nouvelle ordonnance
 Lunettes protectrices
 Lentilles seulement
 Demande de règlement post-cataracte

Si S'il s'agit de la dernière option, le patient a-t-il un implant du cristallin ?

- OUI NON

SECTION 4 - AUTORISATION

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT PEUVENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LES PRESTATIONS PRÉVUES DANS MON CONTRAT OU QU'ILS PEUVENT LES DÉPASSER. JE RECONNAIS QUE JE SUIS FINANCIÈREMENT RESPONSABLE ENVERS MON FOURNISSEUR DU COÛT DE CES SERVICES.

SIGNATURE DU PATIENT OU TUTEUR LÉGAL _____

LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ONT ÉTÉ PAYÉS AU COMPLET PAR LE MEMBRE DU RÉGIME. VEUILLEZ PAYER LE MEMBRE DU RÉGIME POUR LES FRAIS ADMISSIBLES.

SIGNATURE DU FOURNISSEUR _____

REMPILIR CETTE SECTION SEULEMENT À LA DATE DE LIVRAISON. JE CERTIFIE QUE LE TRAITEMENT CI-DESSUS A ÉTÉ PRODIGUÉ ET JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE QUE LES PRESTATIONS SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT AU FOURNISSEUR.

SIGNATURE DU PATIENT OU TUTEUR LÉGAL _____

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 ma 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.

SECTION 5 - INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ JOINDRE L'ORIGINAL DE TOUTE CORRESPONDANCE et en conserver une copie pour vos dossiers étant donné que les originaux des reçus ne vous seront pas retournés. 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). Le patient ou membre du régime assumera les coûts engagés pour obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.

SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 855 264-2174

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE : Compagnie d'assurance vie RBC, C.P. 1603, WINDSOR, (Ont.) N9A 0B6 À l'attention du service Soins de la vue

www.rbcassurances.com/membreduregime