



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

1ERE PARTIE - FOURNISSEUR
N° unique Spéc N° dossier du patient
Je cède au fournisseur nommé dans la présente les prestations payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.
Signature du membre du régime
Résumé des frais: Date de traitement, Code de la procédure, Code int. des dents, Surfaces des dents, Honoraires du fournisseur, Frais de laboratoire, Total des frais, Montant admis, Code.

COMMENT SOUMETTRE LA DEMANDE :

Veillez remplir avec soin toutes les cases appropriées et signer le formulaire de demande de règlement pour soins dentaires dûment rempli. (Consultez votre carte d'identification Compagnie d'assurance vie RBC pour les renseignements exacts). Les formulaires de demande de règlement incomplets ou erronés seront retournés ou refusés et entraîneront le retard du remboursement.

2E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ / MEMBRE DU RÉGIME
Nom du membre du régime (en lettres moulées) N° identification du membre du régime Date de naissance du membre du régime
Année Mois Jour
Nom de famille Prénoms

3E PARTIE - RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT
Nom du patient (en lettres moulées) N° identification du patient Date de naissance du patient
Année Mois Jour
Nom de famille Prénoms
1. Patient : lien de parenté avec le patient
S'il s'agit d'un enfant est-il étudiant Handicapé
S'il est étudiant, nom de l'établissement scolaire
2. Ces soins dentaires sont-ils couverts par une autre assurance collective ou dentaire, la CSST ou un régime d'assurance-maladie gouvernemental ?
N° de la police Date de naissance du conjoint
Nom de l'autre assureur ou du régime
Signature du patient Date
Tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont confidentiels.

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.



