



Assurances

# FORMULAIRE GÉNÉRAL DE PRÉSENTATION DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

(Pour les demandes de règlement pour de médicaments et soins de santé complémentaires)

## SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME

N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE		NOM DE LA SOCIÉTÉ	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	

## SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous une autre couverture d'assurance collective qui pourrait couvrir ces services ? OUI  NON   
 Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_  
 Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture de RBC Vie? OUI  NON

**Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre compte de frais pour soins de santé (le cas échéant)?** OUI  NON

Le traitement fait-il suite du un accident d'automobile ? OUI  NON  Si oui, date de l'accident (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_  
 Le traitement est-il requis à la suite d'une blessure au travail ? OUI  NON  Si oui, date de la blessure (AA/MM/JJ) \_\_\_\_\_  
 Si oui, n° de dossier de la CSST/CAT : \_\_\_\_\_

## SECTION 3 - DÉTAILS DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

NOM DU PATIENT (Veuillez inclure le nom des patients dont les reçus sont inclus) avec reçus ci-joints)	N° DE PERSONNE A CHARGE (-00, -01, -02)	DATE DE LA NAISSANCE			NOM DU PROFESSIONNEL/ FOURNISSEUR et numéro du fournisseur (si disponible)	DATE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT			TYPE DE DÉPENSE	MONTANT TOTAL FACTURÉ VISITE/ARTICLE
		AN	MO	JOUR		AN	MO	JOUR		
MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ										

## UNIQUEMENT POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE :

### POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT :

- Veuillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit ou les bordereaux de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis.
- Les originaux des reçus doivent contenir le nom du patient, la date de service, le numéro de prescription, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN)
- S'il s'agit d'un médicament injectable, veuillez fournir une ventilation de la quantité fournie, le coût du médicament et les frais d'administration.

Si la demande de règlement concerne un médicament acheté à l'EXTÉRIEUR DU PAYS, veuillez fournir :

Nom du pays visité \_\_\_\_\_ Devise utilisée \_\_\_\_\_ Nom du médicament \_\_\_\_\_

## SECTION 4 - AUTORISATION

SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

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.

## SECTION 5 - INSTRUCTIONS D'ENVOI (Voir au verso pour les directives de soumission des demandes de règlement)

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS DE LA DATE DE SERVICE.. (à moins d'indication contraire dans la documentation de votre régime de prestations). **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 restitués. Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante plus bas (assurez-vous d'indiquer l'adresse complète sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS	ARTICLES MÉDICAUX	SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION	MÉDICAMENT	AUTRES DEMANDES DE RÈGLEMENT
C. P. 1613 WINDSOR, ON N9A 0B8	C. P. 1610 WINDSOR, ON N9A 0B7	C. P. 1603 WINDSOR, ON N9A 0B6	C. P. 1602 WINDSOR, ON N9A 0B5	C.P. 1601 WINDSOR, ON N9A 0B4

Pour éviter de payer des frais d'affranchissement supplémentaires si vous avez plusieurs demandes, veuillez utiliser une seule enveloppe et la poster à l'une des adresses ci-dessus. En cas de doute quant à l'adresse, utilisez celle pour « Autres demandes de règlement ».

CENTRE DU SERVICE CLIENTÈLE 1 855 264-2174

www.rbcassurances.com/membreduregime

La liste ci-dessous pourrait comprendre des prestations qui ne sont pas couvertes par votre régime.

## DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE RBC Vie

Veuillez téléphoner à notre Centre du service à la clientèle au 1 855 264-2174 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire. Assurez-vous de toujours donner votre n° d'identification de membre du régime au complet, y compris le suffixe (par ex. : 00, 01, etc.)

POUR LE TYPE DE PRESTATION (le cas échéant) :	TOUJOURS JOINDRE LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS :
Soins de l'ouïe (prothèses auditives)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• les services et dates</li> <li>• le nom et l'adresse de l'audiologiste</li> <li>• la répartition des frais (par ex. : coûts d'acquisition, honoraires, moule)</li> </ul>
Médicaments d'ordonnance	Tous les reçus de médicaments sur ordonnance détaillés de votre pharmacien. Veuillez prendre note que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit ou les bordereaux de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis. Veuillez communiquer avec votre pharmacie pour demander un double.
Services professionnels (physiothérapie, chiropraticien massothérapie, etc.)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• la date et la nature de chaque traitement</li> <li>• les frais pour chaque service</li> </ul> Certains services professionnels peuvent nécessiter une ordonnance ou une recommandation du médecin.
Équipement médical durable (incluant les prothèses)	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée de l'équipement</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> Certains équipements médicaux peuvent nécessiter une ordonnance ou une recommandation du médecin, ou une autorisation préalable.
Orthèses plantaires sur mesure	Les reçus détaillé indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• les frais pour le service</li> <li>• la technique de moulage</li> <li>• la date de prise de possession des orthèses</li> </ul> Une ordonnance comportant le diagnostic ainsi qu'un examen biomécanique ou une analyse de la démarche et une copie de la facture de laboratoire sont requises. La documentation susmentionnée est requise à moins d'indication contraire de votre promoteur de régime.
Hospitalisation	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• le nombre de jours en chambre à deux lits/ à un lit</li> <li>• le tarif par jour</li> <li>• les dates d'admission et de sortie</li> </ul>
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une copie de l'ordonnance pour soins de la vue</li> <li>• la répartition des frais pour lentilles et montures</li> <li>• la date de réception ou de paiement intégral des lunettes</li> </ul>
Soins de santé complémentaires - Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• une description détaillée des services ou fournitures</li> <li>• le nom et l'adresse du fournisseur</li> <li>• la date et les frais pour chaque service</li> </ul> Certains types de services ou de fournitures peuvent nécessiter une ordonnance ou une recommandation du médecin, ou une autorisation préalable.
Hors de la province/du pays	Téléphonez au Service à la clientèle au 1 855 264-2174 pour des directives détaillées sur la soumission des demandes de règlement.
Soins infirmiers en service privé	Téléphonez au Service à la clientèle au 1 855 264-2174 pour des directives détaillées sur la soumission des demandes de règlement. Une approbation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour soins infirmiers - Téléphonez au Service à la clientèle pour les détails.
Cannabis thérapeutique	Les reçus détaillés ou la confirmation d'expédition indiquant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le nom du patient</li> <li>• la date de la commande</li> <li>• la répartition des frais (par ex. : coût des ingrédients, taxes, frais d'expédition, rabais appliqués)</li> <li>• le nom du prescripteur</li> <li>• le nombre autorisé de grammes par jour</li> <li>• la date d'expiration du document médical</li> </ul>