



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
COMPTE CRÉDIT SANTÉ

Vous devez utiliser ce formulaire pour demander un remboursement au titre de votre compte crédit santé (CCS), pour les frais admissibles qui ne sont pas couverts (ou pas entièrement couverts), par votre régime de soins médicaux ou dentaires.

Form fields: N° d'identification du membre du régime, Autre n° d'identification, Date de naissance, Nom de famille, Prénom, Adresse, Ville, Province, Code postal, Numéro de téléphone.

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 numéro d'identification du membre du régime

Assurez-vous d'avoir tout d'abord présenté vos demandes de règlement à un régime provincial d'assurance-maladie ou à tout régime privé de soins de santé auquel vous souscrivez (y compris un autre régime de RBC Vie, régime du conjoint, etc.).
Je désire que mes frais admissibles soient payés à partir de mon régime de soins médicaux ou dentaires de RBC Vie en premier et que toute portion non remboursée de mes frais admissibles soit payée à partir de mon CSS.
Je désire que mes frais admissibles soient payés à partir de mon régime de soins médicaux ou dentaires de RBC Vie en premier, ensuite que la portion non remboursée de mes frais admissibles soit payée à partir de mon autre régime de RBC Vie, numéro, et s'il reste encore une portion non remboursée, qu'elle soit payée à partir de mon CSS.
Je désire que mes frais admissibles soient payées directement à partir de mon CCS.

NOTE : Si aucune case n'a été cochée, nous rembourserons les demandes de règlement comme si la première case avait été cochée.

REMBOURSEMENT DES FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (inclure les reçus, ordonnances, etc.)

Table with 5 columns: Description des frais, Date des frais, Nom, N° de la personne à charge, Montant

Remboursement total demandé \$

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.
Signature du membre du régime Date

Postez ce formulaire et les pièces jointes à: Compagnie d'assurance vie RBC À l'attention du Compte crédit santé

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE
Service de médicaments, C.P. 1602, Windsor, ON N9A 0B5
Articles médicaux, C.P. 1610, Windsor, ON N9A 0B7
Soins de la vue et hôpital, C.P. 1603, Windsor, ON N9A 0B6
Services professionnels C.P. 1613, Windsor, ON N9A 0B8
Autres Demandes De Règlement C.P. 1601, Windsor, ON N9A 0B4
Service des règlements, Soins dentaires, C.P. 1614, Windsor, ON N9A 0B9

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 ».

Pour les demandes de renseignements, communiquez avec notre CENTRE DU SERVICE CLIENTÈLE, sans frais au 1 855 264-2174

Le patient ou membre du régime assumera les coûts engagés pour obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.