



Assurances

## FORMULAIRE POUR FRAIS D'HOSPITALISATION

Veillez utiliser ce formulaire pour chaque patient

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'HÔPITAL						
N° DE FOURNISSEUR DE L'HÔPITAL			N° DE RÉFÉRENCE DE L'HÔPITAL			
NOM DE L'HÔPITAL			N° DE TÉL. DU L'HÔPITAL			
ADRESSE						
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL		
CATÉGORIE D'HÔPITAL : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Convalescence/Réhab. <input type="checkbox"/> Autre						
SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU PATIENT						
N° d'identification du membre du régime :						
Nom du patient :				Date de naissance		
				____ / ____ / ____ AA MM JJ		
Membre du régime :						
Lien du patient avec le membre du régime :						
Le patient détient-il une autre protection d'assurance pour chambre semi-privée/privée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Si oui, veuillez indiquer : n° de police : _____ Nom de l'assureur ou du régime : _____						
Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____						
L'hospitalisation a-t-elle été rendue nécessaire à la suite d'un accident impliquant un véhicule motorisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FACTURATION						
	Nombre de Jours	Tarif par Jour	Date d'admission (AA/MM/JJ)	Date de sortie (AA/MM/JJ)	Catégorie de chambre A - Actif R - Réhab CH - Chronique/soins continus ALC - Soins au niveau alternatifs	Montant total réclamé
Chambre semi-privée (maximum 2 lits)						
* Chambre privée (maximum 1 lit)						
*Si le patient était dans une chambre privée, veuillez indiquer le tarif par jour pour une chambre semi-privée : _____ \$						
Je certifie que la catégorie de chambre facturée est telle que demandée par le patient et tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts.						
_____			_____			
DATE			SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE POUR L'HÔPITAL			
SECTION 4 - AUTORISATION À DIVULGUER						
PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE L'HÔPITAL CI-HAUT NOMMÉ À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR CE FORMULAIRE.						
_____			_____			
DATE			SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL			

**SECTION 5 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT**

Chez Compagnie d'assurance vie RBC (« **RBC Vie** », « **nous** », « **notre** » ou « **nos** »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « **vous** », « **votre** » ou « **vos** »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considèrera comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de RBC Vie ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de RBC Vie qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à <http://www.rbc.com/privacysecurity/>. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par RBC Vie de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à RBC Vie à <http://www.rbc.com/privacysecurity/> mais, si vous le faites, RBC Vie ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

**SECTION 6 - CESSION DES PRESTATIONS**

PAR LA PRÉSENTE, JE CÈDE À L'HÔPITAL CI-HAUT MENTIONNÉ LA TOTALITÉ DES PRESTATIONS POUR FRAIS D'HOSPITALISATION PRÉVUES PAR MON RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION OU LA PARTIE DE CES PRESTATIONS REQUISE POUR ACQUITTER MA DETTE OU CELLE D'UNE PERSONNE À MA CHARGE ENVERS LEDIT HÔPITAL POUR CETTE PÉRIODE D'HOSPITALISATION

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR LÉGAL

LES FRAIS ÉNUMÉRÉS DANS CETTE RÉCLAMATION ONT ÉTÉ PAYÉS EN ENTIER PAR LE PATIENT. VEUILLEZ REMBOURSER LE PATIENT DIRECTEMENT.

\_\_\_\_\_

SIGNATURE D'UNE PERSONNE AUTORISÉE POUR L'HÔPITAL

**SECTION 7 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI**

TOUTES LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). **VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX** et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.

Le patient ou l'assuré assumera les frais engagés pour l'obtention de ces renseignements, le cas échéant.

**SERVICE SSC**

C.P. 1603  
WINDSOR (ONTARIO)  
N9A 0B6

CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 855 264-2174

rbcinsurance.com