

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 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 à 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 les noms des patients dont les reçus sont inclus)	N° PERS. CHARGE	DATE DE NAISSANCE			NOM DU PROFESSIONNEL/ FOURNISSEUR et numéro du fournisseur (si disponible)	DATE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT			TYPE DE DÉPENSE	MONTANT TOTAL FACTURÉ PAR 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 _____

En signant ce formulaire de demande de règlement ou en envoyant les originaux des reçus, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis à RBC Vie sur moi-même et mes personnes à charge seront utilisés par RBC Vie pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement.

Mon conjoint ou mes personnes à charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par l'assuré.

SECTION 5 - INSTRUCTIONS D'ENVOI (Consultez le 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
C. P. 1613
WINDSOR, ON
N9A 0B8

ARTICLES MÉDICAUX
C. P. 1610
WINDSOR, ON
N9A 0B7

VISION ET ACCOMMODATION
C. P. 1603
WINDSOR, ON
N9A 0B6

MÉDICAMENT
C. P. 1602
WINDSOR, ON
N9A 0B5

AUTRES DEMANDES DE
RÈGLEMENT
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

DIRECTIVES DE SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE RBC Vie

Veillez 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"> • le nom du patient • les services et dates • le nom et l'adresse de l'audiologiste • la répartition des frais (par ex.: coûts d'acquisition, honoraires, moule)
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"> • le nom du patient • la date et la nature de chaque traitement • les frais pour chaque service 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"> • le nom du patient • une description détaillée de l'équipement • le nom et l'adresse du fournisseur • la date et les frais pour chaque service Certains équipements médicaux peuvent nécessiter une ordonnance ou une recommandation du médecin, ou une autorisation préalable.
Orthèses plantaires sur mesure	Reçu détaillé indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • le nom et l'adresse du fournisseur • les frais pour le service • la technique de moulage • la date de prise de possession des orthèses 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"> • le nom du patient • le nombre de jours en chambre à deux lits/ à un lit • le tarif par jour • les dates d'admission et de sortie
Soins de la vue	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • une copie de l'ordonnance pour soins de la vue • une répartition des frais pour lentilles et montures • date de réception ou de paiement intégral des lunettes
Soins de santé complémentaires - Général	Les reçus détaillés indiquant : <ul style="list-style-type: none"> • le nom du patient • une description détaillée des services ou fournitures • le nom et l'adresse du fournisseur • la date et les frais pour chaque service 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 particuliers	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 - Téléphonnez au service à la clientèle pour les détails.