

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET AUTORISATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT – FRAIS MÉDICAUX

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
N° de téléphone au domicile : _____ N° de téléphone mobile : _____
Adresse de courriel : _____

« Vous » ou « votre » désigne l'assuré principal nommé dans le présent formulaire de règlement. Si l'assuré principal est un mineur, « vous » ou « votre » désignent l'un des parents ou le tuteur légal.

Mode de communication **principal** que vous préférez utiliser (**sélectionnez une option**) : Courriel Téléphone au domicile Téléphone mobile

Si vous avez sélectionné « Téléphone à domicile » ou « Téléphone mobile » ; veuillez indiquer le meilleur moment/jour pour vous joindre du **lundi au vendredi de 8 h à 17 h HE**

Indiquez l'heure : _____ ; Encerclez le jour : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

(en sélectionnant le mode de communication que vous préférez, vous autorisez la Compagnie d'assurance RBC du Canada à discuter des renseignements afférents à votre demande de règlement par téléphone ou par courriel)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE ET/OU LE SPÉCIALISTE AU CANADA

Nous pourrions avoir besoin de vos antécédents médicaux pour mener à bien l'examen complet de votre demande de règlement. Veuillez indiquer les coordonnées de vos médecins au Canada.

| | | | |
|---|--|-------------|--|
| Médecin(s) de famille : | | Téléphone : | |
| Clinique sans rendez-vous (s'il y a lieu) : | | Téléphone : | |
| Spécialiste(s) au Canada : | | Téléphone : | |

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

1. Date de départ en voyage : _____ Date de retour de voyage : _____
2. Date à laquelle vous avez cherché à obtenir des soins médicaux : _____
3. Motif pour chercher à obtenir des soins médicaux (diagnostic) : _____
4. Si vous avez engagé des dépenses admissibles et que votre demande de règlement donne droit à remboursement, indiquer le nom et adresse à qui le remboursement sera envoyé :

| | |
|-----------|--|
| Nom : | |
| Adresse : | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

1. Veuillez indiquer le numéro **régime d'assurance maladie provincial** ci-dessous :
¹ N° de la carte du régime d'assurance maladie provincial _____
Code de version : _____ (en Ontario seulement) Une ou deux lettres sont ajoutées à la fin du numéro de la carte RAMO de certains résidents de l'Ontario.

2. Avez-vous, **vous** ou **votre conjoint**, droit à des prestations au titre d'un autre régime pour les **frais médicaux** dont vous réclamez le remboursement ?

OUI NON

Dans l'**AFFIRMATIVE**, veuillez fournir des détails ci-dessous ; dans la **NÉGATIVE**, n'inscrivez et remplissez la partie suivante.

| | Vous-même | Votre conjoint |
|--|-----------|----------------|
| Nom de la compagnie d'assurance : | | |
| Numéro de régime : | | |
| Numéro d'identification du participant : | | |

Si l'il s'agit du régime du conjoint, veuillez fournir le **nom** du conjoint : _____ et sa **date de naissance**: ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

3. Avez-vous une carte de crédit ? OUI NON

Dans l'**AFFIRMATIVE**, veuillez fournir des détails ci-dessous :

Pour vous aider à recevoir tous les paiements auxquels vous avez droit, nous assurerons en votre nom la coordination avec d'autres assureurs éventuels. Nous déterminerons si l'assurance prévue par votre carte couvre votre incident.

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|
| Numéro de carte de crédit : | | Type de carte de crédit : | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--|

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE

LISTE DES DÉPENSES PRÉSENTÉES – FRAIS MÉDICAUX

| Indiquez ci-dessous les dépenses admissibles que <u>vous</u> avez payées de votre poche : (p. ex., ordonnances, consultation chez le médecin, repas, ambulance, etc.) | Date d'engagement des dépenses | Montant | Devise utilisée pour régler les dépenses | Reçus originaux ci-joints O/N |
|---|--------------------------------|---------|--|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Veuillez joindre une autre feuille si vous manquez d'espace pour énumérer toutes vos dépenses.

* Si vos dépenses sont dans des devises différentes, veuillez les additionner séparément. **Montant total :** _____ **Devise :** _____
Montant total : _____ **Devise :** _____

MANDAT

Je Soussigné _____, mandate spécifiquement la Compagnie d'assurance RBC du Canada situé(e) au C.P. 97, Succursale A, Mississauga, Ontario L5A 2Y9 aux fins de:
(En lettres moulées)

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus

(assurance familiale) à _____ (endroit)

lors de mon séjour du _____ au _____,

ASSURANCE FAMILIALE : Pour les fins de l'assurance familiale, ce mandat se limite, outre moi-même, à mon conjoint et mes enfants seulement, ici identifiés :

1. Conjoint : _____ NAM : _____ ;
2. Enfants : _____ NAM : _____ ;
_____ NAM : _____ ;

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.
3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel qu'il est rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignements nécessaires au règlement de ma demande ou celle de mon conjoint ou de mes enfants.

Signature de la personne assurée

Numéro d'assurance maladie

Numéro de police ou de réclamation
(Ce numéro correspond au numéro qui doit apparaître sur l'État des paiements et des remboursements)

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL (R.A.M.P.): AUTORISATION ET MANDAT

1. Je vous autorise à donner à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** tout renseignement que vous possédez à mon sujet, pendant que je suis sous votre observation ou traitement, y compris mon passé médical, les diagnostics et les résultats d'examens. J'autorise par ailleurs la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** à transmettre ces renseignements à des tiers qui les utiliseront pour déterminer les prestations qui me sont payables par d'autres sources, le cas échéant.
2. Je reconnais que ma demande de règlement peut faire l'objet d'une étude et d'une enquête et j'autorise la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** ou ses agents autorisés à obtenir d'autres assureurs, institutions financières, prestataires de voyages, compagnies ou organismes privés ou publics toute documentation pouvant contenir des renseignements afférents à ma demande de règlement. J'autorise par ailleurs la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** à transmettre ces renseignements à des tiers dans le cadre de l'évaluation de ma demande de règlement.
3. Par les présentes, j'assigne à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** toute indemnité recouvrable d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police. Je mandate aussi ces sources pour le paiement à la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** de mes réclamations soumises par la **Compagnie d'assurance RBC du Canada** relativement à ces pertes. Une photocopie ou une copie télécopiée de cette autorisation est acceptée.

Nom en caractères d'imprimerie du demandeur/du représentant légal désigné:

Signature du demandeur/du représentant légal désigné

Date

Si le patient est un mineur, le parent ou le tuteur légal doit signer cette partie en son nom. Si un représentant légal, autre que le tuteur légal du patient, signe ce formulaire, une attestation du « statut de représentant légal » doit être fournie (procuration, testament, etc.).

Une copie de cette autorisation sera tout aussi valide que l'original.

Si le patient est un mineur, le parent ou le tuteur légal doit signer cette partie en son nom. Si un représentant légal, autre que le tuteur légal du patient, signe ce formulaire, une attestation du « statut de représentant légal » doit être fournie (procuration, testament, etc.).

Une copie de cette autorisation sera tout aussi valide que l'original.

Veuillez faire parvenir les formulaires et les documents requis à l'adresse postale suivante :

Compagnie d'assurance RBC du Canada

C. P. 97

Succursale A

Mississauga (Ontario) L5A 2Y9

VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LES DEUX CÔTÉS DU FORMULAIRE