



Règlements d'assurance maladie du RAEO  
125, promenade Northfield Ouest  
CP 218  
Waterloo ON N2J 3Z9  
1.866.783.6847  
www.servicesraeo.com

# Demande de règlement Assurance maladie complémentaire

**IMPORTANT :** Le participant doit remplir ce formulaire, sauf indication contraire. Joindre (au verso) l'original des reçus pour tous les frais engagés.  
Conserver une copie des reçus, l'original ne vous sera pas retourné.

## DONNÉES SUR LE PARTICIPANT (En lettres moulées)

Numéro du régime	Numéro d'identification	Nom du régime		
Nom du participant (Prénoms et nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)		
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province	Code postal

1. S'agit-il d'un incident couvert par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?  Oui  Non  
2. Votre demande de règlement est-elle attribuable à des soins reçus à la suite d'un accident?  Oui  Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des deux questions ci-dessus, préciser la nature de l'incident en donnant une brève description de la maladie ou de la blessure. De plus, indiquer à quel endroit et à quel moment l'incident est survenu. \_\_\_\_\_

Est-ce que vous, votre conjoint ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime pour les frais qui font l'objet de cette demande?  Oui  Non

Si oui, conserver une copie de tous les reçus joints à ce formulaire pour présenter une demande au deuxième assureur. S'il s'agit de votre première demande ou s'il y a eu des changements depuis votre dernière demande, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur du conjoint : \_\_\_\_\_

Numéro du régime du conjoint : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du conjoint : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À remplir pour tous les frais engagés. Utiliser une ligne par patient.)

Nom du patient	Date de naissance (jj/mm/aaaa) (1 <sup>re</sup> demande seulement)	Lien avec le participant (1 <sup>re</sup> demande seulement)	À remplir si le patient est un étudiant de 21 ans ou plus.	
			École et ville	S'il travaille, combien d'heures par semaine

## MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

- ▶ Joindre les reçus des médicaments d'ordonnance au verso.
- ▶ Le numéro d'identification (DIN), le nom du médicament et la quantité doivent figurer sur tous les reçus.
- ▶ Il n'est pas nécessaire d'indiquer ces renseignements sur ce formulaire.

## SERVICES PARAMÉDICAUX (chiropratique, massothérapie, physiothérapie, etc.)

Joindre un relevé ou un reçu **détaillé** sur lequel figurent les renseignements suivants :

- ▶ nom du patient
  - ▶ durée de la séance
  - ▶ nom du praticien
  - ▶ coût du traitement
  - ▶ genre de praticien
  - ▶ date du dernier règlement versé par le régime provincial (s'il y a lieu)
  - ▶ date de la séance
  - ▶ numéro de permis ou d'accréditation
- S'il s'agit de psychothérapie, indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur le reçu.

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.**

## MATÉRIEL ET APPAREILS MÉDICAUX

Le RAEO exige que l'on joigne la recommandation écrite du médecin ayant prescrit le matériel, avec le diagnostic, et une copie du bordereau de prestations du régime provincial (s'il y a lieu).

Activités nécessitant l'utilisation de l'article. \_\_\_\_\_

Matériel requis pour la période suivante : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa) Date (jj/mm/aaaa)

Le matériel loué a-t-il été retourné?  Oui  Non

## SOINS DE LA VUE

Joindre un reçu détaillé donnant le nom du patient, le coût des verres de contact, le coût des lunettes, les frais d'ordonnance, le coût de l'examen de la vue, la date de l'examen, le coût de la coloration, tout traitement particulier et la date de commande.

### Verres de contact médicalement nécessaires

Les verres de contact ont-ils été prescrits en raison d'un astigmatisme cornéen grave, d'un kératocône ou d'une aphakie?  Oui  Non

L'acuité visuelle peut-elle être améliorée d'au moins 2 lignes dans la table de Snellen comparativement à des lunettes?  Oui  Non

L'acuité visuelle pourrait-elle être restaurée à 20/40 avec des lunettes?  Oui  Non

## CONFIRMATION DE LA DEMANDE

### NOTA : JOINDRE L'ORIGINAL DES REÇUS POUR TOUS LES FRAIS ENGAGÉS.

Total de TOUS les frais faisant l'objet de la demande \_\_\_\_\_ \$

**Je certifie** que moi-même, mon conjoint ou mes personnes à charge mineures ou majeures (personnes à ma charge) ont reçu les biens et services faisant l'objet de la présente demande de règlement et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **J'autorise** le RAEO et son assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, son assureur, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je comprends** que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web [www.servicesraeo.com](http://www.servicesraeo.com) ou demander d'en recevoir un exemplaire.

Signature du participant \_\_\_\_\_

Date (jj/mm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier de santé à des fins d'assurance. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- ▶ les employés, les représentants et l'assureur du RAEO, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, dans l'exercice de leurs fonctions;
- ▶ les personnes que vous avez autorisées; et
- ▶ les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

## ENVOI DE LA DEMANDE

Poster ce formulaire dûment rempli et accompagné des reçus à l'adresse suivante :

Règlements d'assurance maladie du RAEO

125, promenade Northfield Ouest

CP 218

Waterloo ON N2J 3Z9

## QUESTIONS

1.866.783.6847

[www.servicesraeo.com](http://www.servicesraeo.com)