



Demande pour frais de soins de santé engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger (Honoraires de médecin et services hospitaliers seulement)

INSTRUCTIONS : (Écrire lisiblement et en lettres moulées.)

- La participante ou le participant doit remplir toutes les parties de ce formulaire, sauf indication contraire.
- **Remplir un formulaire pour chaque patient.**
- Présenter D'ABORD les demandes à votre régime provincial et ENSUITE au RAEO, accompagnées d'une copie du relevé de paiement (ou du refus).
- La société d'assurance collective (l'« assureur ») coordonnera les demandes de règlement en votre nom si vous avez souscrit un contrat individuel d'assurance voyage.
- Veuillez joindre, au VERSO, une copie des relevés détaillés du dispensateur de soins. Les relevés ne vous seront pas retournés.
- Les frais remboursables engagés en devises étrangères seront remboursés en dollar canadien.
- LES FRAIS ENGAGÉS POUR OBTENIR LES RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS QUE POURRAIENT DEMANDER LE RAEO OU L'ASSUREUR SONT À LA CHARGE DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE SUR LA PARTICIPANTE OU LE PARTICIPANT

Nom de la participante ou du participant (prénoms et nom de famille)		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province Code postal
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Promoteur de régime
Numéro d'identification du RAEO	Numéro de régime	Courriel	

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (À remplir pour tous les frais engagés.)

Nom du patient	Date de naissance (jj/mm/aaaa) (1 ^{re} demande seulement)	Lien avec la participante ou le participant (1 ^{re} demande seulement)	À remplir si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus.	
			École et ville	S'il travaille, combien d'heures par semaine

Les frais sont-ils remboursables au titre d'une assurance contre les accidents du travail? Oui Non

Le patient est-il couvert pour ces frais par une autre assurance voyage ou un autre régime collectif? Oui Non

Si **oui**, veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Nom et adresse de la compagnie d'assurance	Genre de contrat	Numéro de contrat	Numéro de participant	Titulaire de contrat
1	<input type="checkbox"/> Indiv.* <input type="checkbox"/> Coll.*			
2	<input type="checkbox"/> Indiv.* <input type="checkbox"/> Coll.*			
3	<input type="checkbox"/> Indiv.* <input type="checkbox"/> Coll.*			
4	<input type="checkbox"/> Indiv.* <input type="checkbox"/> Coll.*			

*« Contrat individuel » s'entend d'un contrat d'assurance voyage souscrit par une personne ou une famille.

*« Contrat collectif » s'entend d'un contrat d'assurance souscrit par un promoteur de régime.

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

TRAITEMENT D'URGENCE : traitement d'une blessure ou d'une maladie survenue lors d'un séjour à l'extérieur de la province ou à l'étranger.		
Date du départ (jj/mm/aaaa)	Date du retour (jj/mm/aaaa)	Province ou pays où le traitement a été reçu

1. Préciser quand, comment et où la blessure ou la maladie est survenue.

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE (SUITE)

2. Le patient avait-il déjà été traité pour cette blessure ou cette maladie avant son départ? Oui Non

Si « oui », fournir une lettre du médecin traitant au Canada décrivant le traitement reçu.

3. Le dispensateur de soins vous a-t-il accordé un rabais sur les frais faisant l'objet de la demande de règlement? Oui Non

Si « oui », fournir l'original des factures/notes d'honoraires faisant état du rabais.

Commentaires additionnels au sujet du traitement d'urgence :

PARTIE 4 : ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que moi-même, ma conjointe, 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 la société qui assure les avantages collectifs (l'« assureur ») à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (les « 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, promoteur de régime, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, l'assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services, les renseignements nécessaires aux fins poursuivies. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAEO à des fins d'identification et de gestion. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et les motifs du RAEO et de l'assureur reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAEO sur la protection de la vie privée sur le site Web au www.raeo.com, ou celle de l'assureur au www.manuvie.com, ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Signature de la participante ou du participant

Date (jj/mm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par l'assureur en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier d'assurance. L'accès à ces renseignements sera limité :

- ◆ à l'assureur, à ses réassureurs et à leurs prestataires de services dans l'exercice de leurs fonctions;
- ◆ aux personnes que vous avez autorisées;
- ◆ aux personnes autorisées par la loi.

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

PARTIE 5 : ENVOI DE LA DEMANDE

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

Règlements d'assurance maladie du RAEO

CP 280

Waterloo ON N2J 4A7

VOUS AVEZ DES QUESTIONS?

Services d'assurance du RAEO

1-866-783-6847

Virement automatique

Vous désirez recevoir vos paiements plus rapidement et avoir accès à vos relevés de règlement en ligne? Rien de plus simple!

Vous rendre au www.raeo.com et vous connecter. Une fois connecté à « Mes demandes de règlement », choisir **Mon profil** dans la barre de navigation du haut de la page et cliquer sur **Modifier vos renseignements bancaires**. La première fois que vous vous connectez, vous devez compléter votre inscription.