



OTIP RAEO®

Règlements d'assurance maladie du RAEO

CP 280

Waterloo ON N2J 4A7

1.866.783.6847 | www.raeo.com

# Demande de règlement d'assurance maladie complémentaire

## INSTRUCTIONS : (Tout écrire en lettres moulées)

1. La participante ou le participant doit remplir toutes les parties de ce formulaire, sauf indication contraire.
2. Joindre (au verso) l'original des reçus pour tous les frais engagés.
3. Conserver une copie des reçus, l'original ne vous sera pas retourné.
4. Veuillez envoyer le formulaire, dûment rempli et signé, accompagné des reçus à l'adresse indiquée à la partie 8, au verso.

## 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	

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.

3. Est-ce que vous, votre conjointe ou 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)	Numéro du régime du conjoint	Numéro de certificat du conjoint	Nom de l'assureur du conjoint
--	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

## PARTIE 2 : 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 la participante ou le participant (1 <sup>re</sup> demande seulement)

## PARTIE 3 : 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.

## PARTIE 4 : SERVICES PARAMÉDICAUX (chiropratique, massothérapie, physiothérapie, etc.)

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

- ◆ nom du patient
- ◆ nom du praticien
- ◆ genre de praticien
- ◆ date de la séance
- ◆ durée de la séance
- ◆ coût du traitement
- ◆ date du dernier règlement versé par le régime provincial (s'il y a lieu)
- ◆ numéro de permis ou d'accréditation

S'il s'agit de psychothérapie, indiquer le genre (individuelle, familiale, de groupe, de couple) sur le reçu.

**Veillez remplir le verso.**

## PARTIE 5 : 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

## PARTIE 6 : 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 deux 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

\_\_\_\_\_  
Signature du fournisseur

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

## PARTIE 7 : ATTESTATION ET AUTORISATION (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, 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](http://www.raeo.com), ou celle de l'assureur au [www.manuvie.com](http://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 8 : 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](http://www.raeo.com) et vous connecter. Une fois sur le site protégé à l'intention des participants (aussi appelé « 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.