



Provision de médicaments pour vacances – Régime des MRA

IMPORTANT : 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

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

NOM DU DEMANDEUR	DATE DE L'ACHAT (jj/mm/aaaa)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT	QUANTITÉ	PROVISION POUR COMBIEN DE MOIS	PRÉCISEZ QUELS MOIS	FRAIS D'ORDONNANCE	COÛT TOTAL	BÉNÉFICIAIRE

AUTORISATION

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, de vérifications et d'investigations, et du traitement 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 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 DU FORMULAIRE

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