



Comment remplir le formulaire de demande de règlement du RAMU

- Lisez attentivement l'introduction et suivez les instructions.
- Remplissez le formulaire en ligne ou à la main, en écrivant lisiblement à l'encre et en caractères d'imprimerie.
- Inscrivez toutes les dates en chiffres (2 chiffres pour le jour, 2 pour le mois et 4 pour l'année).
- Une fois le formulaire rempli, envoyez-le à la Financière Sun Life. Reportez-vous aux instructions d'envoi figurant au bas de la page 2.



Formulaire de demande de règlement au titre du RAMU



Effacer

Toutes les demandes doivent être envoyées à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à l'adresse indiquée ci-dessous, au plus tard DOUZE MOIS après la date à laquelle les frais ont été engagés. La Sun Life du Canada est l'assureur et est membre du groupe Financière Sun Life.

1 Renseignements sur le participant au titre du RAMU

Nom de l'université	Numéro de contrat 50150	Numéro de participant au titre du RAMU
Nom de famille		Prénom
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone
Adresse au Canada (numéro et rue)		Adresse électronique
Ville	Province	Code postal
Appartement ou bureau		

Est-ce que vous-même ou les personnes à votre charge êtes couverts par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie au titre d'une autre assurance-maladie?

Oui Non

Si oui, fournir les renseignements suivants

Numéro de contrat	Numéro de participant
-------------------	-----------------------

2 Renseignements sur le demandeur

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien avec le participant au titre du RAMU
	<input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille

3 Autorisation et signature du participant au titre du RAMU (La signature du participant est requise lorsque le remboursement doit être versé au participant au titre du RAMU)

Autorisation

J'autorise le fournisseur de soins de santé ou la clinique ci-dessus à présenter à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) des demandes de règlement en mon nom et en celui des personnes à ma charge (le cas échéant). J'autorise la Sun Life, ses mandataires, ses fournisseurs de services ainsi que les gestionnaires de régime, s'il y a lieu, à recueillir, à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires aux fins de tarification, de gestion administrative ainsi que d'évaluation et de gestion des demandes de règlement se rapportant à la présente assurance. Ces renseignements peuvent être communiqués à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou abus en ce qui touche ma demande de règlement, je reconnais et je conviens que la Sun Life, ses mandataires et ses fournisseurs de services peuvent échanger des renseignements au sujet de ma demande avec tout organisme pertinent, y compris s'il y a lieu le promoteur et le gestionnaire de régime, les organismes chargés de l'application de la loi, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux et les autres assureurs, aux fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou de l'abus.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme pouvant m'être payable.

Si je présente une demande de règlement pour le compte de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je confirme que j'ai leur autorisation de communiquer, aux fins décrites précédemment, des renseignements personnels à leur sujet à la Sun Life, à ses mandataires et à ses fournisseurs de services, ainsi qu'à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à leur sujet, y compris les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, le régime d'assurance-maladie de la province, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance et, s'il y a lieu, le promoteur et le gestionnaire de régime.

Page 1 de 2
AACF-UHIP-001-F-08-17

Section 1 : Renseignements sur le participant au titre du RAMU

- Indiquez le nom de l'université que vous fréquentez et votre numéro de participant au titre du RAMU.
- Inscrivez votre nom complet (nom et prénom).
- Indiquez votre date de naissance, votre sexe, votre numéro de téléphone et votre adresse courriel.
- Inscrivez une adresse au Canada, y compris un code postal.
- Veillez remplir la présente section si vous avez un autre contrat d'assurance auprès de la Financière Sun Life.

Section 2 : Renseignements sur le demandeur

Le «demandeur» est la personne qui reçoit les services médicaux. Toutes les informations sous la section numéro 2 doivent être dûment remplies.

3 Autorisation et signature (suite)

Cette section doit être remplie uniquement lorsque le remboursement doit être versé directement au demandeur.

Important

Cochez l'une des cases suivantes :

Remettre le versement au participant. (La signature du participant est requise ci-dessous.) Joignez tous les reçus (preuves de paiement) à votre demande de règlement et conservez une copie pour vos dossiers.

Remettre le versement directement au fournisseur. (La signature du participant N'EST PAS requise.)

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez www.sunlife.ca/confidentialite.

4 Renseignements sur le fournisseur

Les sections 4 et 5 doivent être remplies en l'absence d'une facture contenant les mêmes renseignements. Tout renseignement manquant entraînera le refus de la demande de règlement.

Nom de la clinique, de l'hôpital ou du laboratoire	Nom du médecin			
Adresse du fournisseur (numéro et rue)				
Ville	Province	Code postal	Numéro de fournisseur FSL (si vous le connaissez)	Numéro de téléphone
Appartement ou bureau				

5 Description des services

Cette section doit être remplie au complet en l'absence d'une facture contenant les mêmes renseignements.

Date de prestation (jj-mm-aaaa)	Description	Code de procédure au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario (pour les unités de temps, s'il y a lieu)	Somme demandée	Diagnostic ou raison de la visite
			\$	
			\$	
			\$	

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Signature du fournisseur (Une signature est requise seulement en l'absence d'une facture.) X	Date (jj-mm-aaaa)
---	-------------------

Veillez retourner le formulaire dûment rempli et les documents demandés à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Bureau des règlements
C. P. 2015, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0B1

Les participants peuvent soumettre toute demande de renseignements sur les règlements à ce numéro sans frais : 1-866-500-UHIP (8447).
Les fournisseurs peuvent soumettre toute demande de renseignements sur les règlements à ce numéro sans frais : 1-877-250-8447.

Page 2 de 2
AACF-UHIP-001-F-08-17

Section 3 : Autorisation et signature

Si vous avez payé les frais pour les services (cochez la case : Remettre le versement au participant). Vous devez apposer votre signature dans la case intitulée «Signature du participant» ci-dessous. Le formulaire de demande de règlement dûment rempli accompagné de la preuve de paiement et les renseignements sur la description des services (voir section 5) doivent être envoyés par la poste à l'adresse indiquée au bas du document. Les participants ne peuvent pas envoyer leurs demandes de règlement par voie électronique.

Section 4 : Renseignements sur le fournisseur

Le médecin doit remplir cette section seulement s'il ne fournit pas de description de services (facture faisant état d'une date de prestation, d'une description des services, du ou des codes de procédure au titre de l'Assurance-santé de l'Ontario, de la somme demandée, du diagnostic ou de la raison de la visite).

Section 5 : Description de services

Le médecin doit remplir cette section en l'absence d'une facture.

La signature du fournisseur (médecin) est requise seulement en l'absence d'une facture.