



Comment *remplir* le formulaire Appel concernant une demande de règlement


- Veuillez écrire au stylo en caractères d'imprimerie.
- Cochez la case appropriée pour indiquer le type de demande (par exemple, étudiant et personne à charge, employé et personne à charge).
- Une fois le formulaire rempli, envoyez-le à l'administrateur du RAMU® de l'université.

Section 1 : Renseignements exigés pour l'appel


- Entrez la date à laquelle vous remplissez ce formulaire.
- Inscrivez votre numéro d'identification du RAMU®.
Mettez le nom de l'université.
- Ajoutez le nom complet du demandeur : prénom, nom de famille, et initiale du second prénom (votre nom ou celui d'un membre de votre famille).
- Inscrivez le type de service reçu (cette information se trouve dans le relevé de règlement).
Écrivez la date d'engagement des frais
- Inscrivez le motif donné par l'assureur* du RAMU® pour refuser la demande de règlement.
- Écrivez le motif de l'appel.
- Entrez les frais faisant l'objet de l'appel.

Section 2 : Autorisation et signature exigées

- Signez le formulaire et inscrivez la date.
- Inscrivez votre adresse canadienne complète (y compris le code postal).
- Inscrivez votre courriel institutionnel.



Appel concernant une demande de règlement



Marche à suivre :
Veuillez remplir toutes les parties de ce formulaire et le transmettre à Cowan.
Veuillez joindre la liste des noms et adresses de tous les soignants ou professionnels de la santé qui vous ont fourni un traitement dans le cadre de cette demande de règlement aux fins de l'évaluation de l'appel.

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements sur l'appel

| | |
|---|---|
| Date de l'appel (jj-mm-aaaa) | |
| — — | |
| Par la présente, je fais appel du refus de la demande de règlement suivante : | |
| Numéro de contrat 150150 | |
| Numéro d'identification de l'Université | Nom de l'université |
| Prénom du demandeur | Nom de famille |
| Type de service reçu (voir le Détail des prestations) | Date de la prestation du service (jj-mm-aaaa) |
| — — | |
| Motif du refus | |
| | |
| Motif de l'appel | |
| | |
| Frais faisant l'objet de l'appel | |
| | |

2 Autorisation et signature

IMPORTANT :
Vous devez signer et dater le formulaire.

J'autorise par la présente tout médecin, praticien, hôpital, clinique, établissement ou organisme médical possédant des dossiers ou des renseignements sur la demande de règlement ci-dessus à transmettre ces dossiers ou renseignements à Cowan, aux fins de l'étude de ma demande d'appel. Toute photocopie ou version électronique du présent document a la même valeur que l'original et demeure valide tant que la demande d'appel est en cours.

Je m'engage à fournir tous renseignements additionnels qui pourraient être nécessaires à l'étude de ma demande d'appel.

| | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Signature du participant X | Date (jj-mm-aaaa) |
| — — | |
| Adresse (numéro et rue) | Appartement ou bureau |
| Ville / Code postal | Numéro de téléphone |

En fournissant mon adresse courriel, j'autorise Cowan et Manuvie à communiquer avec moi au sujet de mon dossier par courriel. Je reconnais que tout courriel échangé peut contenir des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements à caractère médical, professionnel et financier. Cowan et Manuvie ne peuvent pas garantir l'intégrité et la sécurité des renseignements transmis par courriel. Je reconnais également que Cowan et Manuvie ne pourront être tenues responsables des pertes ou des dommages que je pourrais subir si je communique ou échange des renseignements confidentiels ou d'autres renseignements personnels par courriel avec Cowan et Manuvie.

Adresse courriel de l'université (courriel personnel non accepté)

L'assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. GL5726F(UHIP) (07/2022)

