



OTIP RAOO.

FORMULAIRE GÉNÉRAL DE SOUMISSION DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Chaque personne doit remplir son propre formulaire de demande de règlement.

Saviez-vous que la plupart des demandes de règlement peuvent être soumises en ligne et que vous pourriez recevoir le paiement de votre demande de règlement plus rapidement grâce au dépôt direct? Rendez-vous à www.raeo.com pour plus de détails.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME				
NUMÉRO D'IDENTIFICATION OTIP		ADRESSE DE COURRIEL		
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
ADRESSE		NOM DE L'ENTREPRISE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL		
SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE				
Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre des copies de votre reçu et de votre relevé d'Explication des prestations de votre assureur principal.				
Si l'autre couverture est fournie par Ontario Teachers Insurance Plan veuillez indiquer le numéro d'identification OTIP : _____				
Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture de OTIP?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de l'accident _____				
Indiquez quelles dépenses sont liées à l'accident de véhicule automobile _____				
Ce traitement est-il dû à un accident de travail? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de la blessure _____ N° de cas de la CAT _____				
Indiquez quelles sont les dépenses qui résultent de l'accident de travail _____				
Souhaitez-vous coordonner ces demandes de règlement avec votre compte de frais pour soins de santé (le cas échéant)?				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez quelle demande de règlement doit être coordonnée avec le CFSS _____				
NOM DU PATIENT		N° DE PERSONNE À CHARGE (-00, -01, -02)	DATE DE NAISSANCE	
			JJ	MM AA
SECTION 3 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT				
Je certifie que moi-même et/ou mes personnes à charge admissibles (« personnes à ma charge ») avons 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 RAOO et ses fournisseurs de services à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (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, ou programmes offerts par un régime d'assurance à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAOO et ses fournisseurs de services, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus.				
J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAOO 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 RAOO reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAOO sur la protection de la vie privée sur le site Web au www.raeo.com ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.				
Je comprends que tous les renseignements recueillis aux fins indiquées en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier d'assurance.				
Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :				
<ul style="list-style-type: none"> • au RAOO et à ses fournisseurs de services dans l'exercice de leurs fonctions; • les personnes que j'ai autorisées; • les personnes autorisées par la loi. 				
J'ai le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.				
Name		Signature		Date

SECTION 4 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE REÇUES DANS LES 12 MOIS QUI SUIVENT LA DATE À LAQUELLE LE SERVICE A ÉTÉ OBTENU (sauf indication contraire dans les documents relatifs à votre régime de garanties). **VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés.**

Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante ci-dessous (assurez-vous d'inscrire l'adresse au complet sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS C.P. 1699 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G6	ARTICLES MÉDICAUX C.P. 1623 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7B3	SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION C.P. 1615 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7J3	MÉDICAMENTS C.P. 1652 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5	SOINS DENTAIRES C.P. 1608 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G1
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Pour éviter des frais postaux inutiles, veuillez faire parvenir toutes vos demandes de règlement dans une même enveloppe à l'une des adresses ci-dessus.

INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE ONTARIO TEACHERS INSURANCE PLAN

Veillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 813 318-2811 ou au 519 739-0227 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire. Assurez-vous de toujours donner votre numéro d'identification Ontario Teachers Insurance Plan au complet, y compris le suffixe (p. ex., 00, 01, etc.)

POUR LE TYPE DE GARANTIE (le cas échéant) :	TOUJOURS JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS : La liste ci-dessous pourrait comprendre des prestations qui ne sont pas couvertes par votre régime.
Soins auditifs (appareils auditifs)	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, les services et les dates, le nom et l'adresse de l'audiologiste, ainsi que les renseignements relatifs au prescripteur/distributeur et l'audiogramme.
Services professionnels (physiothérapeute, chiropraticien, massothérapeute, etc.)	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, la date et la nature du traitement, ainsi que les frais pour chaque service. Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin peut être exigée pour certains services professionnels.
Équipement médical durable (y compris les prothèses)	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une description détaillée de l'équipement, le nom et l'adresse du fournisseur, ainsi que la date et les frais pour chaque service. Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin ou une autorisation préalable peuvent être exigées pour certains équipements médicaux.
Orthèses plantaires sur mesure	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, le nom et l'adresse du fournisseur, les frais exigés pour le service, la technique de moulage et la date de réception des orthèses. Une ordonnance comportant le diagnostic ainsi qu'un examen biomécanique ou une analyse de la démarche et une copie de la facture de laboratoire sont exigés. Les documents susmentionnés sont requis, à moins d'indication contraire de la part du promoteur de votre régime.
Hospitalisation	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, le nombre de jours d'hospitalisation en chambre individuelle ou à deux lits, le tarif journalier, ainsi que les dates d'admission et de sortie.
Soins de la vue	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une copie de l'ordonnance pour soins de la vue, une ventilation des frais pour les lentilles et les montures, ainsi que la date de réception ou de paiement intégral des lunettes.
Soins de santé complémentaires – Généralités	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une description détaillée des services ou fournitures, le nom et l'adresse du fournisseur, ainsi que la date et les frais pour chaque service. Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin ou une autorisation préalable peuvent être exigées pour certains types de services ou fournitures.
Couverture hors de la province ou du pays	Communiquez avec le Centre de contact RAEO à la clientèle au 1 800-936-6226 / 519-742-3556 pour obtenir des instructions détaillées sur la soumission d'une demande de règlement
Soins infirmiers en service privé	Communiquez avec le Centre de contact RAEO à clientèle au 1 833-318-2811 / 519-739-0227 pour obtenir des instructions détaillées sur la soumission d'une demande de règlement. Une autorisation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour des soins infirmiers. Communiquez avec le Centre de service à la clientèle pour obtenir de plus amples renseignements.
Médicaments d'ordonnance	Reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien. Les reçus doivent indiquer le nom du patient, la date du service, le numéro d'ordonnance, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN). Veuillez noter que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis. Veuillez communiquer avec votre pharmacie pour obtenir un double exemplaire. Pour les médicaments injectables, veuillez fournir une ventilation de la quantité délivrée, du coût du médicament et des frais d'administration. Si la demande de règlement concerne des services obtenus HORS DU PAYS , veuillez également fournir les renseignements suivants : Nom du pays visité _____ Devise utilisée _____ Nom du médicament _____