

Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) Demande de règlement de frais engagés à l'étranger (garantie totale)

PROTÉGÉ une fois rempli. This form is also available in English.

Veillez lire toutes les instructions et toute l'information et vous assurer que les renseignements inscrits dans chaque section sont complets et véridiques, sans quoi le formulaire vous sera retourné.

Numéro de contrat 055555

1 Renseignements sur le membre

Nom de famille		Prénom		Numéro de certificat	
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -		Langue de préférence <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse permanente (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville		Province/Territoire		Pays	
Code postal					

2 Coordination des prestations

L'évaluation de votre demande de règlement sera basée sur les renseignements relatifs à la coordination des prestations que vous avez fournis sur vous-même et les enfants à votre charge au cours de l'adhésion préalable. Toute inexactitude pourrait retarder le versement des prestations. Si votre conjoint participe à un autre régime collectif de soins de santé, il doit demander le règlement des frais engagés au titre de ce régime en premier lieu.

Votre conjoint participe-t-il au RSSFP ou est-il protégé par un autre régime collectif de soins de santé privé géré par la Financière Sun Life? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.		Votre conjoint nous autorise-t-il à traiter la présente demande de règlement au titre de son numéro de certificat? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.	
Nom de famille du conjoint			Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro de contrat du conjoint		Numéro de certificat du conjoint	
Signature du conjoint X			

3 Remplissez cette section si vous demandez le règlement de frais engagés pour votre conjoint/les enfants à votre charge

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec vous
		- -	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre
		- -	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre
		- -	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre
		- -	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre

4 Renseignements sur la demande de règlement

Veillez remplir cette section si vous résidez à l'extérieur du Canada et bénéficiez de la protection totale au titre du RSSFP. Le volet protection totale de ce régime est administré par Mondial Assistance au nom de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Joignez les reçus originaux pour tous les frais engagés.

Partie A – Frais de médicaments sur ordonnance

Prénom du patient	Nom de famille	Nom du médicament sur ordonnance	
Date de l'achat (aaaa-mm-jj) - -	Pays	Devise	Montant facturé \$
Prénom du patient	Nom de famille	Nom du médicament sur ordonnance	
Date de l'achat (aaaa-mm-jj) - -	Pays	Devise	Montant facturé \$
Prénom du patient	Nom de famille	Nom du médicament sur ordonnance	
Date de l'achat (aaaa-mm-jj) - -	Pays	Devise	Montant facturé \$

4 Renseignements sur la demande de règlement (suite)

Veillez noter que seuls les remboursements effectués en dollars canadiens peuvent être versés directement sur le compte bancaire indiqué à la Sun Life.

Partie A – Frais de médicaments sur ordonnance (suite)

Prénom du patient	Nom de famille	Nom du médicament sur ordonnance	
Date de l'achat (aaaa-mm-jj) — —	Pays	Devises	Montant facturé \$
Prénom du patient	Nom de famille	Nom du médicament sur ordonnance	
Date de l'achat (aaaa-mm-jj) — —	Pays	Devises	Montant facturé \$

Veillez remplir cette section si vous résidez à l'extérieur du Canada et bénéficiez de la protection totale au titre du RSSFP. Le volet protection totale de ce régime est administré par Mondial Assistance Canada au nom de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Joignez les reçus originaux pour tous les frais engagés.

Partie B – Autres frais médicaux

Prénom du patient	Nom de famille	Type de frais	Nom de l'hôpital ou du spécialiste
Date de service (aaaa-mm-jj) — —	Pays	Devises	Montant facturé \$
Prénom du patient	Nom de famille	Type de frais	Nom de l'hôpital ou du spécialiste
Date de service (aaaa-mm-jj) — —	Pays	Devises	Montant facturé \$
Prénom du patient	Nom de famille	Type de frais	Nom de l'hôpital ou du spécialiste
Date de service (aaaa-mm-jj) — —	Pays	Devises	Montant facturé \$
Somme totale demandée (parties A et B) :			\$

5 Autorisation et signature

Définition de conjoint :
«Conjoint» s'entend de la personne légalement mariée avec le membre ou avec qui le membre vit sans interruption depuis au moins un an, qui est présentée publiquement comme étant le conjoint du membre et avec qui le membre continue à vivre comme si elle était son conjoint, telle que désignée par le membre.

En signant ci-dessous, j'atteste par la présente que tous les biens et/ou services faisant l'objet de la présente demande de règlement ont été reçus par moi-même, par mon conjoint ou par des personnes à ma charge admissibles. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements qui figurent dans la présente demande de règlement sont exacts et complets et que les frais dont il est fait état n'ont pas déjà été remboursés au titre de ce régime ou de tout autre régime. J'affirme également que tous les demandeurs dont il est question dans la présente remplissent les conditions d'admission du régime. Je reconnais et je conviens que les dispositions du «Consentement à la communication de renseignements personnels» de mon adhésion préalable s'appliquent à la présente demande.

J'autorise par la présente la Sun Life, ses mandataires et fournisseurs de services à recueillir et à utiliser des renseignements sur moi, mon conjoint ou les personnes à ma charge, et à les communiquer à d'autres personnes ou organismes (y compris les professionnels de la santé) qui possèdent, ou demandent, des renseignements personnels à mon sujet, ou au sujet de mon conjoint et des personnes à ma charge, se rapportant à la présente demande de règlement pour la gestion, la vérification, le règlement des prestations et la sécurité du patient.

Signature du membre X	Date (aaaa-mm-jj) — —
--------------------------	--------------------------

Protection des renseignements personnels

Les renseignements obtenus sont en tout temps protégés aux termes des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRDE)*.

Directives sur l'expédition – Veuillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers.

Veillez conserver pour vos dossiers une copie de votre demande de règlement et des reçus présentés car Mondial Assistance ne retournera pas les documents originaux.

Mondial Assistance Canada
Régime de soins de santé de la fonction publique
C. P. 880
Waterloo ON N2J 4C3
CANADA

Pour imprimer un nouveau formulaire de demande de règlement, ou pour utiliser la version en ligne de ce formulaire, rendez-vous au www.rssfp.ca ou au www.sunlife.ca/rssfp. Vous voulez que le règlement soit versé par virement automatique? Vous voulez connaître la situation de votre demande de règlement? Vous avez des questions à poser?

Visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca/RSSFP.