


# Directives – Comment remplir le formulaire Appel concernant une demande de règlement

- ✓ Écrivez lisiblement, à l'encre et en majuscules.
- ✓ Écrivez toutes les dates en chiffres : année (quatre chiffres), mois (deux chiffres) et jour (deux chiffres).
- ✓ Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'administrateur du RAMU® de l'université.

1. La date de présentation de l'appel concernant une demande de règlement.
2. Votre numéro de participant.
3. Le nom de l'université.
4. Les nom et prénom de la personne (vous-même ou le membre de votre famille) qui a reçu le service.
5. Le numéro de la demande de règlement (ce numéro figure sur le Détail des prestations).
6. La date de la prestation du service (veillez à ne pas indiquer par erreur la date du jour).
7. Le motif invoqué par l'assureur du RAMU® pour refuser votre demande de règlement.
8. La raison pour laquelle vous faites appel de la décision de l'assureur.
9. Les frais faisant l'objet de l'appel.
10. Votre signature et votre adresse complète au Canada, y compris votre code postal.




## Appel concernant une demande de règlement

**Marché à suivre :**  
Veuillez remplir ce formulaire au complet et le transmettre à l'administrateur du RAMU® de l'université.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à respecter la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

Nous avons à coeur la protection de vos renseignements personnels. Pour connaître les principes directeurs de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels, veuillez vous reporter à la brochure intitulée «Le Régime d'assurance maladie universitaire (RAMU) – la solution pour vos soins de santé de base», que vous trouverez à l'adresse [www.uhip.ca](http://www.uhip.ca).



Écrire lisiblement  
EN CARACTÈRES  
D'IMPRIMERIE.

### 1 Renseignements sur l'appel

Date de l'appel (j/m/a) <b>1</b>		
Par la présente, je fais appel du refus de la demande de règlement suivante :		
Numéro de contrat <b>Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie – 50150 American Home Assurance Company – SRG9114277</b>		
Numéro de participant <b>2</b>	Nom de l'université <b>3</b>	
Nom du demandeur (prénom, nom de famille) <b>4</b>	N° de la demande de règlement (voir le détail des prestations) <b>5</b>	Date de la prestation du service (j/m/a) <b>6</b>
Motif du refus <b>7</b>		
Motif de l'appel <b>8</b>		
Frais faisant l'objet de l'appel <b>9</b>		

### 2 Autorisation et signature

**IMPORTANT :**  
Vous devez signer et dater le formulaire.

Je consens par la présente à communiquer à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et à l'American Home Assurance Company (les assureurs) les noms et les adresses de tous les praticiens/spécialistes de la santé qui ont fourni un traitement relativement à la demande de règlement ci-dessus au cours des six derniers mois, aux fins de l'étude approfondie de ma demande de règlement.  
*Veuillez joindre la liste.*

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 aux assureurs, 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 <b>10</b> X	Date (j/m/a)
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)	
Numéro de téléphone	Adresse électronique

SM-081-F-06-09