
FORMULAIRE EN CAS DE REFUS DE REMBOURSEMENT

En raison du refus de remboursement de la part des assurances, veuillez remplir ce formulaire. Dès la réception de ce document, nous pourrions entreprendre les démarches pour vous et votre client.

Toutes les informations suivantes sont obligatoires.

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Nom de l'assuré : _____

Numéro de contrat/police : _____

Identifiant : _____

Nom de la compagnie pour qui l'assuré travaille : _____

Date de naissance de l'assuré : ____/____/____ (DD/MM/AA)

Nom de la personne qui a reçu le ou les soins : _____

Date du ou des soins : ____/____/____ (DD/MM/AA) ____/____/____

Nom du thérapeute : _____

Discipline du ou des soins : _____

Raison de la consultation tel qu'inscrit sur le reçu : _____

Adresse où les soins ont eu lieu : _____

Numéro de la réclamation : _____

Montant de la réclamation: _____

Raison du refus: _____

-Prendre note que certaines compagnies d'assurance doivent être contactées directement par le client.

-Ritma ne peut garantir en aucun temps que l'assureur reviendra sur sa décision.

-Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante : assureurs@ritma.ca

