

**DEMANDE DE RÈGLEMENT  
COMPTE DE GESTION SANTÉ**

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

**Québec**  
 Service des règlements – santé/dentaire  
 C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
 Montréal (Québec) H3B 3K5

**Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest**  
 Service des règlements – santé/dentaire  
 C. P. 4643, succursale A  
 Toronto (Ontario) M5W 5E3

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

Nom du titulaire de la police \_\_\_\_\_

 N° de police       N° de compte     N° de catégorie    

Nom du participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

 N° de certificat       Date de naissance       A M J Sexe :  M  F Langue :  A  F

**2. PROCÉDURE DE RÈGLEMENT**
**NOTE IMPORTANTE :**

Seule la partie non payée des frais qui n'est pas couverte par un régime d'assurance maladie ou de soins dentaires (y compris les régimes individuel et gouvernemental) peut être remboursée en vertu de votre compte de gestion santé.

Il est important de conserver une copie de tous vos reçus car ceux-ci ne seront pas retournés par l'Industrielle Alliance. De plus, les reçus seront détruits 60 jours après leur réception par l'Industrielle Alliance.

**Une partie des frais est-elle couverte par votre police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance?**  Oui  Non

**Si oui, vous devez :**

- remplir un formulaire de règlement standard de frais médicaux ou de soins dentaires de l'Industrielle Alliance. Dans le cas d'une demande de règlement déjà soumise, envoyer le reçu ou le relevé des prestations;
- joindre tous les formulaires de demandes de règlement et les reçus originaux;
- remplir la section 4 du présent formulaire.

**Si une partie des frais n'est pas couverte par votre police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, cette partie est-elle couverte par un autre régime (y compris les régimes individuel et gouvernemental)?**  Oui  Non

**Si oui, vous devez :**

- joindre une copie de la demande de règlement, une copie des reçus soumis et le relevé des prestations original de l'autre régime;
- remplir les sections 3 et 4 du présent formulaire.

**Si aucuns frais ne sont couverts par votre police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance ou par tout autre régime, vous devez :**

- joindre les reçus originaux (y compris les codes de procédés si vous soumettez une demande de règlement de soins dentaires) sur lesquels sont encadrés ou mis en évidence les montants à rembourser;
- remplir les sections 3 et 4 du présent formulaire.

**3. FRAIS À REMBOURSER**

NOM (participant ou personne à charge)	LIEN AVEC LE PARTICIPANT	DATE DE NAISSANCE A M J	DÉTAILS DES FRAIS	MONTANTS À REMBOURSER POUR LES FRAIS
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____ \$
Total				_____ \$

**VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER LA SECTION « CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT » AU VERSO.**

