

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSURANCE COLLECTIVE

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

**DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS MÉDICAUX – CGS**
Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.
RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

 Nom du titulaire _____ N° de police

--	--	--	--	--	--

Nom du participant _____ Prénom du participant _____

 N° de certificat _____ Date de naissance

--	--	--	--	--	--

 Sexe : Masc. Fém.
Langue : Fr. Angl.

1. COORDINATION DES PRESTATIONS

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins médicaux, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? Non Oui Si oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____

 Protection : Individuelle Familiale

 Nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance

--	--	--	--	--	--

2. FRAIS MÉDICAUX (Joindre les originaux des factures et conserver une copie pour la coordination des prestations et pour l'impôt.)
*** Compte de gestion santé (CGS)**

 Souhaitez-vous que toute portion non couverte en vertu de votre régime d'assurance collective soit portée à votre CGS? Oui Non

Si oui, veuillez cocher la case sous la colonne CGS ci-dessous correspondant au frais dont la portion non couverte doit être portée à votre CGS.

Tous les frais médicaux non couverts par votre régime d'assurance collective peuvent être portés à votre CGS.

Note – Si la personne assurée pour laquelle vous faites une demande de règlement bénéficie d'une protection en vertu d'un autre régime, vous devez d'abord soumettre les frais à l'autre assureur avant d'utiliser votre CGS.

Nom (Participant ou personne à charge)	Lien avec l'employé	Date de naissance			Enfant handicapé	Enfant de 18 ans et plus		Montant	CGS*
		A	M	J		Étudiant à temps plein	Nom de l'établissement d'enseignement		
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$	<input type="checkbox"/>
Total								\$	

Si les frais sont engagés pour l'achat ou la location d'un appareil, veuillez joindre une lettre de votre médecin décrivant le diagnostic.

 Si les frais sont engagés à la suite d'un accident, précisez le type d'accident : Travail Véhicule motorisé Acte criminel Autre _____

 Date de l'accident

--	--	--	--	--	--

 Endroit de l'accident _____

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

2. FRAIS MÉDICAUX (SUITE)

TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre la facture détaillée pour le service de transport ambulancier.)

Raison du transport en ambulance _____

Lieu de la prise en charge : Domicile Travail Autre, préciser _____

FRAIS ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si les frais médicaux ont été engagés hors de la province de résidence, veuillez remplir le formulaire *FRAIS MÉDICAUX HORS PROVINCE (F54-371)*. Pour obtenir une copie du formulaire, veuillez téléphoner au 514 499-3747 ou au 1 800 203-9024 si vous habitez à l'extérieur de la région de Montréal.

3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME par les présentes,

- qu'à ma connaissance l'information contenue dans la présente demande de règlement est complète et exacte;
- que les frais ont été engagés par moi ou par une de mes personnes à charge et qu'ils étaient nécessaires en raison d'un traitement médical;
- que les personnes à charge pour lesquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom de celles-ci, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à leur sujet en rapport avec la demande de règlement; et
- que si la demande est effectuée en vertu de mon compte de gestion santé
 - les frais ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de l'assurance collective de l'Industrielle Alliance ou de tout autre régime;
 - les frais pour lesquels la demande est soumise sont admissibles à un remboursement en vertu de mon compte de gestion santé;
 - que je comprends que tous frais pour lesquels j'obtiens un remboursement en vertu de mon compte de gestion santé ne peuvent être présentés pour remboursement à des fins fiscales et que, advenant que le remboursement de ces frais ait également des conséquences fiscales, je suis tenu de payer les impôts exigibles.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom,

- JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande; et
- J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel, tout organisme médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs toute information relative aux frais dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la demande de règlement.
- JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, l'Industrielle Alliance aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE COMPRENDS que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

J'AUTORISE l'Industrielle Alliance à divulguer à mon employeur/titulaire de la police le solde de mon compte de gestion santé lorsque cela est nécessaire à la gestion et au financement de ce dernier.

J'AUTORISE l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro d'identification, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date

		A				M			J
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

Adresse _____ Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. (domicile)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. (bureau)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Poste

--	--	--	--	--	--

VOTRE COMPTE DE GESTION SANTÉ

INFORMATION ADDITIONNELLE

Quels sont les frais couverts?

- Les frais qui sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu sont couverts. Ces frais peuvent comprendre, s'il y a lieu, des frais non couverts par votre police d'assurance maladie ou soins dentaires collective de l'Industrielle Alliance.
- Les frais qui ont été remboursés (ou qui sont couverts) par tout autre régime (incluant les régimes individuels et gouvernemental) ne sont pas admissibles à un remboursement.

Présentation d'une demande de règlement

- Le compte de gestion santé doit être utilisé uniquement pour des frais non couverts, en tout ou en partie, par tout autre régime. Par conséquent, lors de la présentation d'une demande de règlement :
 - pour les frais dont une partie est couverte par la police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, vous devez présenter la demande de règlement à l'Assurance collective de l'Industrielle Alliance en même temps qu'à votre compte de gestion santé; ou
 - pour les frais dont une partie est couverte en vertu d'un régime autre que celui de la police d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, vous devez présenter tout d'abord la demande de règlement à ce régime. Après le versement de la prestation en vertu de ce régime, vous devez alors présenter la partie non remboursée de la demande de règlement afin que celle-ci soit remboursée par votre compte de gestion santé.
- Tout reçu (copie ou original) présenté lors d'une demande de règlement doit inclure l'information suivante :
 - nom du demandeur;
 - nature du traitement ou du type de produit médical;
 - nom du prescripteur;
 - date à laquelle les frais ont été engagés; et
 - le montant payé

Avant de présenter une demande de règlement, assurez-vous d'avoir dûment rempli et signé tous les formulaires. Les formulaires incomplets retarderont le traitement de votre demande.