



Demande de règlement pour soins médicaux complémentaires

**Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de l'entreprise _____

Nom au complet de l'employé _____

Adresse (domicile) _____
Appartement/Rue Ville Province Code postal

Veillez indiquer un numéro de téléphone où nous pourrions vous joindre le jour si nous avons des questions à propos de votre demande de règlement. (_____) _____

Nom du patient	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Lien avec l'employé	Type de soins	Total des frais par patient
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

COORDINATION DES PRESTATIONS

Total _____

La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? Non Oui

L'enfant : a une incapacité physique/mentale (Une preuve médicale peut être demandée.) _____

est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) _____

Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations des soins médicaux complémentaires en vertu d'un autre régime collectif? Non Oui

Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré. _____

Nom de l'assureur _____ Date de naissance du conjoint _____
AAAA/MM/JJ

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Un des traitements reçus était-il le résultat d'un accident? Non Oui Dans l'affirmative, joignez un bref compte rendu de l'accident (date et précisions).

COMPTE GESTION SANTÉ

Si votre entreprise a un **Compte gestion santé**, veuillez appliquer le solde de cette demande de règlement à cette garantie. Non Oui

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

Si la demande de règlement comprend un montant aux termes du Compte gestion santé, j'atteste que ce montant est admissible à titre de frais médicaux aux fins de l'impôt sur le revenu. J'atteste également que les personnes à l'égard desquelles je présente une demande de règlement sont admissibles et me comprennent ainsi que mon conjoint et mes personnes à charge selon les dispositions du Compte gestion santé. Je comprends que si le remboursement de ces frais donne lieu à des conséquences fiscales, je serai la seule personne responsable des impôts à payer.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie, accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :

Régime d'assurance collective des chambres de commerce, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 1 800 294-4080

Demande de règlement pour soins médicaux complémentaires

INSTRUCTIONS (VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT.)

Pour que nous puissions traiter votre demande de règlement, vous devez nous faire parvenir les reçus originaux **OU** le relevé des prestations et une copie des reçus de tout régime dont vous aurez reçu un remboursement des frais. Veuillez agraffer les reçus ou le relevé accompagné des copies au présent formulaire. **Nous ne retournons pas les reçus originaux.**

Les reçus doivent afficher les informations suivantes : la date des soins, le détail des soins et un compte rendu complet des frais engagés, le nom, la désignation, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien.

Avant de poster la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions. Les réponses insuffisantes et incomplètes risquent de retarder le traitement de la demande.

Les frais remboursés par votre régime d'assurance collective ne donnent pas droit à des déductions fiscales. Vous pouvez demander une déduction pour les montants non couverts par le régime. Votre relevé des prestations sera accepté comme preuve des montants non couverts par le régime.

mes avantages
Demande de
règlement en ligne^{MC}

VOUS DÉSIREZ QUE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT SOIENT TRAITÉES PLUS RAPIDEMENT?

TRANSMETTEZ VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT EN LIGNE

- Rendez-vous à l'adresse www.mes-avantages.ca et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants.
- Demandez le virement automatique des prestations.
- Économisez **TEMPS, PAPIER** et **ARGENT** en transmettant vos demandes de règlement en ligne!
- Téléchargez l'appli à partir de Google Play (Play Store) ou Apple Store.

