canada vie MC

SolutionsPlus Santé

Relevé des frais médicaux

Les prestations doivent être versées aux termes :

- ❑ de l'assurance-maladie supplémentaire seulement
- ❑ de SolutionsPlus Santé
- ❑ des deux

DIRECTIVES

1. **Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.**
2. **Signez et datez le formulaire.**
3. **Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.**
4. **Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 9.**

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

PARTIE 1 – Renseignements sur le participant 1

Vous devez remplir cette partie au complet.

Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

Nom du régime

Numéro du régime | Numéro d'identification du participant

Nom du participant

Nom de famille | Prénom

Adresse du participant

Numéro et rue

Ville | Province | Code postal

Date de naissance : Jour | Mois | Année

Langue de préférence : ❑ Anglais ❑ Français

PARTIE 2 – Coordination des prestations 2

Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. **Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime à l'égard des frais engagés?** ❑ **Oui** ❑ **Non** **Dans l'affirmative, veuillez préciser :**

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

S'il s'agit du régime du conjoint, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint :

Jour | Mois | Année

2. **Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident d'automobile?** ❑ **Oui** ❑ **Non**

3. **Une demande a-t-elle été présentée à la CSST?** ❑ **Oui** ❑ **Non**

PARTIE 3 – Renseignements sur le patient 3

Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance Jour Mois Année	S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus: Étudie-t-il à temps plein? heures par semaine Oui Non	S'il travaille, combien d'heures par semaine?	Le patient demeure-t-il avec le participant? Oui Non
			❑ ❑		❑ ❑
			❑ ❑		❑ ❑
			❑ ❑		❑ ❑
			❑ ❑		❑ ❑
			❑ ❑		❑ ❑

PARTIE 4 – Frais de médicaments sur ordonnance 4

Pour toutes les demandes de règlement relatives à des médicaments sur ordonnance.

Joignez les reçus de médicaments originaux.

- **Nom du patient, date d'achat, numéro d'identification du médicament (DIN) et nom du médicament.**

M635D(HSPT-M)(f)-3/24

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.

La Canada Vie
Relevé des frais médicaux

PARTIE 5 – Frais de soins paramédicaux 5

Pour les soins de chiropraticien, de physiothérapeute, de massothérapeute, de psychologue, etc.

Joignez les reçus originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :

- **Nom du patient, date des soins, durée et type de soins**
- **Nom, adresse, numéro de téléphone, désignation et association professionnelle du fournisseur des soins de santé**
- **Date du dernier paiement par le régime provincial (le cas échéant)**

Nom du fournisseur	Type de soins	Numéro de téléphone

PARTIE 6 – Frais médicaux 6

Pour les fournitures, appareils et services médicaux.

Joignez les reçus originaux et la recommandation du médecin prescripteur, y compris le diagnostic.
Les renseignements suivants doivent figurer sur les reçus :

- **Nom du patient, date des soins et description de l'article acheté**
- **Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur**
- **Déclaration de paiement du régime provincial (le cas échéant)**

PARTIE 7 – Soins oculaires 7

Chirurgie oculaire au laser, verres, lentilles cornéennes et examens de la vue.

Joignez les reçus originaux.
Raison de l'achat des lentilles? (cochez la case qui s'applique)

☐ **Prescription initiale** ☐ **Changement de prescription** ☐ **Perte ou bris**
☐ **Aucune de ces raisons**

PARTIE 8 – Confirmation, autorisation et signature 8

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

J'atteste que les frais faisant de la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même ou par une personne pouvant me donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

À La Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise La Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec La Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de La Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse www.canadavie.com.

Signature du participant X _____ **Date :** Jour | Mois | Année

PARTIE 9 – Présentation de votre demande de règlement 9

Veuillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous. S'il n'y a rien d'indiqué, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime pour obtenir l'adresse.

Vous avez des questions sur SolutionsPlus Santé? Composez le numéro sans frais 1 877 883-7072.

Service des indemnités de Montréal
CP 4592 Succursale A
Toronto ON M5W 0L5
www.canadavie.com

Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.
Ligne ATS vers téléphoniste : 711
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

Effacer