

## PLAN DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX – RELEVÉ DES FRAIS

Prestations payables :  Soins médicaux / Soins oculaires  Soins dentaires  Les deux

### Renseignements importants

Des frais peuvent être remboursés aux termes du Plan de remboursement des frais médicaux :

- s'ils sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) aux fins du calcul du crédit pour frais médicaux, et
- s'ils ne sont pas couverts ou s'ils sont couverts en partie seulement par un autre régime d'assurance public ou privé.

Si La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada Vie) détermine que des frais ne sont pas admissibles, le participant de régime peut consulter un conseiller fiscal professionnel indépendant ou communiquer avec l'Agence du revenu du Canada afin d'obtenir une opinion officielle. De plus amples renseignements peuvent être obtenus en visitant le site Web de l'Agence du revenu du Canada à l'adresse [www.arc.gc.ca](http://www.arc.gc.ca) ou en communiquant avec l'Agence du revenu du Canada par téléphone.

### Instructions à l'égard de la présentation d'une demande de règlement

Veillez suivre les instructions suivantes :

1. Remplissez le présent formulaire au complet.
2. Conservez une photocopie du formulaire et des reçus.
3. Agrafez et présentez :
  - le formulaire original, et
  - toutes les pièces justificatives comme les reçus et les factures, incluant le Détail du règlement de l'autre assureur, le cas échéant.

**À noter :** Ce formulaire doit être signé par le participant de régime et le titulaire du contrat collectif.

### Partie 1 : Renseignements sur le salarié

Numéro de régime collectif \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant de régime \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime \_\_\_\_\_

Adresse : Numéro et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**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](http://www.canadavie.com).

Signature du participant de régime \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Renseignements sur la personne à charge**

Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous?		Étudie-t-il à temps plein?		Enfant de plus de 18 ans		
		Année	Mois	Jour	OUI	NON	OUI	NON	S'il est étudiant, combien d'heures de cours a-t-il par semaine?	Travaillet-il?	Combien d'heures par semaine?
										OUI	NON
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Partie 3 : Coordination des prestations**

Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'un autre régime?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec le salarié \_\_\_\_\_  
 Nom de l'autre assureur \_\_\_\_\_ Numéro de la police \_\_\_\_\_  
 Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré \_\_\_\_\_  
 Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, donnez la date et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit.  
 \_\_\_\_\_  
 Une demande de règlement a-t-elle été présentée à une commission des accidents de travail?  Oui  Non

**Partie 4 : Précisions sur la demande de règlement**

Nom du patient	Nombre de reçus	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

Demande de remboursement de frais présentée à la Canada Vie \_\_\_\_\_ \$  
 Nombre de reçus \_\_\_\_\_ Frais \_\_\_\_\_  
 Les remboursements de 10 \$ ou moins seront traités lors de votre prochaine demande de règlement et seront inclus dans votre prochain paiement.

**Partie 5 : Renseignements sur le titulaire du contrat collectif**

Je soussigné, au nom du titulaire de contrat collectif, demande par la présente que les frais indiqués plus haut soient remboursés.

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ [insérez l'appellation légale complète du titulaire de contrat collectif]

Signature : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Veillez envoyer votre Relevé des frais du Plan de remboursement des frais médicaux au Service des indemnités qui traite toutes vos demandes de règlement pour soins médicaux et dentaires. Si vous ne connaissez pas le Service des indemnités, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 CP 4408  
 Regina SK S4P 3W7

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 CP 5160 Succursale B  
 London ON N6A 0C6

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 Place Bonaventure  
 800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800  
 Montréal QC H5A 1B9

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 CP 3050 Succursale Main  
 Winnipeg MB R3C 0E6

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
 Demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger  
 CP 6000

Winnipeg MB R3C 3A5

[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

**Questions : 1 877 883-7072 (sans frais)**

 **Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications?**

**Veillez communiquer avec nous.**

Ligne ATS vers téléphoniste : 711

Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511