RÉCLAMATION – COMPTE DE GESTION SANTÉ
Médical/Dentaire

Groupe financier

ASSURANCE COLLECTIVE

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

☐ **Réclamation** ☑ **Estimation**

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

Prénom du participant _____ Nom du participant _____

N° de police _____ N° de certificat _____ Nom de l'entreprise/de l'organisation _____

Date de naissance A M J _____ Sexe : ☑ M ☐ F Langue : ☑ Anglais ☐ Français

Moyen de communication à privilégier pour le règlement des demandes :

Téléphone _____ Courriel _____

Remplir cette section uniquement si vos renseignements ont récemment changé.

Adresse du participant _____ Code postal _____

2. COORDINATION DES PRESTATIONS (Remplir cette section uniquement si votre conjoint ou vos personnes à charge sont couverts par un autre régime collectif.)

- Si votre conjoint ou vos enfants à charge sont couverts par leur propre régime d'assurance collective, la demande doit d'abord être soumise à leur assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. **Votre compte de gestion santé pourra être utilisé pour le remboursement des frais uniquement après avoir tenu compte de la coordination des prestations, s'il y a lieu.**
- Si vos enfants à charge assurés sont couverts par votre régime d'assurance collective et par celui de votre conjoint, la demande doit être soumise au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que votre conjoint et vos personnes à charge sont couverts par un autre régime collectif pour les soins médicaux ou dentaires? ☐ Non ☐ Oui, précisez ci- dessous :

Type de prestation : ☐ Soins médicaux ☐ Soins dentaires ☐ Les deux Protection : ☑ Individuelle ☐ Familiale

Nom du conjoint ou de l'enfant à charge assuré _____ Date de naissance A M J _____

Soumettez-vous des frais engagés par votre conjoint ou vos personnes à charge qui NE SONT PAS couverts par leur régime?

☑ Non ☐ Oui, précisez le type de prestation : _____

Si l'assureur de votre conjoint est aussi l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., voulez-vous que nous procédions à la coordination des prestations?

☑ Non ☐ Oui, précisez : No de police du conjoint _____ No de certificat _____

3. FRAIS À REMBOURSER

- **Pour les frais médicaux, veuillez joindre les reçus originaux. Pour les soins dentaires, veuillez joindre le formulaire du dentiste. Dans les deux cas, si l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. n'est pas l'assureur principal, veuillez également joindre une copie de l'explication des prestations de l'autre assureur. Veuillez conserver une copie des reçus pour la coordination des prestations et à des fins d'impôt. Les reçus ne vous seront pas retournés et seront détruits 60 jours après leur réception.**

Compte de gestion santé (CGS)

Veuillez indiquer les frais dont le solde impayé doit être remboursé à même votre compte de gestion santé en cochant « oui » ou « non » dans la colonne intitulée CGS pour tous les frais engagés. Les frais médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts ou qui le sont en partie seulement par votre régime d'assurance collective peuvent être remboursés à même votre CGS, comme le prévoit la Loi de l'impôt sur le revenu.

Nom (un demandeur par ligne)	Lien avec le participant	Date de naissance			Enfants de 18 ans et plus (ou selon votre régime)					Total (un demandeur)	CGS	
					Enfant handicapé		Étudiant à temps plein		Nom de l'établissement			
		A	M	J	Oui	Non	Oui	Non			Oui	Non
					☐	☑	☐	☑		$	☑	☐
					☐	☑	☑	☐		$	☑	☐
					☑	☐	☑	☐		$	☑	☐
					☑	☐	☑	☐		$	☑	☐
					☑	☐	☑	☐		$	☑	☐

Si les frais sont engagés à la suite d'un accident, précisez le type d'accident (détails au verso, s'il y a lieu) : ☐ Travail ☐ Véhicule motorisé

Date de l'accident A M J _____ Autre _____

Si la réclamation de frais dentaires est effectuée à la suite d'un accident, veuillez remplir le formulaire intitulé Réclamation - Soins dentaires en cas d'accident (F54-267). Vous trouverez celui-ci sur notre site Web.

Continuer à la page suivante.

4. CONFIRMATION/AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME par les présentes :

1. qu'à ma connaissance, l'information contenue dans la présente réclamation est complète et exacte;
2. que les personnes pour lesquelles je présente une réclamation sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom d'une personne à charge, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à son sujet en rapport avec la réclamation; et
3. que si la demande est faite en vertu de mon compte de gestion santé
   (I) que les frais ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de mon régime d'assurance collective de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.(« iA Groupe financier ») ou en vertu de tout autre régime;
   (II) que les frais demandés peuvent être remboursés en vertu de mon compte de gestion santé;
   (III) que je comprends que tous frais qui me sont remboursés en vertu de mon compte de gestion santé ne peuvent être réclamés à des fins fiscales et que, si leur remboursement a une quelconque incidence fiscale, il m'incombe de payer l'impôt demandé.

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

1. **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande; et
2. **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 police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs toute information relative aux traitements et aux frais engagés dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la réclamation.
3. **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, iA Groupe financier aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de police, mon employeur ou toute autre partie, si cela est pertinent, 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 iA Groupe financier à divulguer, si nécessaire, à mon employeur/titulaire de police le solde de mon compte de gestion santé à des fins d'administration et de gestion du solde de ce dernier. **JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant _____ Date A M J

DIRECTIVES DE SOUMISSION DE RÉCLAMATIONS

Information générale

Formulaires de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	• D'autres formulaires pour d'autres types de réclamations, des questionnaires et des renseignements supplémentaires sont accessibles sur notre site Internet, à l'adresse **ia.ca**.
Coordination des prestations	• Cette démarche permet d'établir l'ordre dans lequel deux ou plusieurs sociétés d'assurance verseront des prestations pour la même réclamation (maximum de 100 %). • Pour des instructions détaillées et des exemples de cas de coordination des prestations, consultez le Guide *Coordination des prestations* qui se trouve sur notre site Internet.
Réclamations liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé	• Si votre réclamation est liée à un accident de travail, veuillez soumettre la demande initiale à votre commission provinciale des accidents du travail, s'il y a lieu. • Si votre réclamation est liée à un accident de véhicule motorisé, veuillez soumettre la demande initiale à votre assurance automobile, s'il y a lieu.
Frais engagés à l'extérieur du Canada	• Les frais engagés à l'extérieur du Canada sont pris en charge par CanAssistance. Les formulaires de demandes de règlement d'assurance voyage de CanAssistance spécifiques à votre province de résidence sont accessibles sur notre site Internet, au **ia.ca.** Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance, au **1 800 203-9024**.

Réclamations

Les factures originales détaillées doivent comprendre les renseignements suivants :	• Nom complet du demandeur • Date, coût et type de traitement • Nom et titres de compétences du fournisseur
Services paramédicaux (ex. : massothérapie, physiothérapie, chiropractie, etc.)	• Facture originale détaillée, comprenant une recommandation médicale, si requise par votre police collective
Orthèses podiatriques	• Facture originale détaillée • Technique de moulage • Titres de compétences du fournisseur ayant procédé au moulage (podologue, chiropraticien, orthésiste, podo-orthésiste, physiothérapeute ou podiatre)
Chaussures orthopédiques	• Facture originale détaillée • Recommandation médicale d'un médecin spécialiste, podiatre, podologue, physiothérapeute ou chiropraticien
Lits d'hôpital et fauteuils roulants	• Facture originale détaillée, comprenant la répartition des frais • Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes • Durée requise escomptée • Date d'achat des appareils précédents, s'il y a lieu
Appareils orthopédiques (ex. : attelle de genou, corset lombaire)	• Facture originale détaillée, spécifiant le type d'appareil • Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes • Durée requise escomptée
Services d'infirmiers ou d'infirmières	• Les prestations pour services d'infirmiers ou d'infirmières doivent être préapprouvées par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Veuillez télécharger sur notre site Internet le questionnaire approprié et remplir ce dernier, puis nous le soumettre.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités