

## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX

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

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

### Information sur la personne assurée

Nom complet de la personne assurée \_\_\_\_\_

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 le participant	Types de soins	Total des frais par patient
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Total</b>				_____

### Coordination des prestations

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

Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations d'assurance maladie en vertu d'un autre régime?  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).

### Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

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. J'autorise Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. 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. Il est entendu qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site [www.johnstongroup.ca](http://www.johnstongroup.ca). Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.**

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie, accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :  
**CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4**  
**Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur 1 877 526 2515 • [info@johnstongroup.ca](mailto:info@johnstongroup.ca)**

Souscrit par Group Medical Services (GMS)

RP\_extendedhealthclaim\_0917\_f

## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX

### 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 au présent formulaire les reçus ou le relevé accompagné des copies. **Nous ne retournons pas les reçus originaux.**

Les reçus doivent afficher les informations suivantes : la date du service, la répartition détaillée des frais ainsi que le nom, la désignation, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien.

Avant de poster ce formulaire, 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 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**<sup>MC</sup>

### 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](http://www.mes-avantages.ca) et inscrivez-vous au site protégé à l'intention des participants.
- Demandez le virement automatique des prestations.
- Transmettez vos demandes de règlement en ligne pour **SAUVER UN ARBRE, ÉCONOMISER DU TEMPS ET DE L'ARGENT!**
- Téléchargez l'appli à partir de Google Play (Play Store) ou Apple Store.

