EnContinu[MC]

JG17-CY

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX

Veuillez inscrire vos numéros de police et de certificat

Numéro de police	Numéro de certificat

Information sur la personne assurée

Nom au complet de la personne assurée _____

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

Veuillez indiquer un numéro de téléphone où nous pourrons vous joindre le jour si nous avons des questions à propos de votre demande de règlement. _____

Nom du patient	Date de naissance M/J/A	Lien avec le participant	Type de soins	Total des frais par patient
			Total	

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 _____ M/J/A

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 Johnston Group et Co-operators Compagnie d'assurance-vie 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 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

EnContinu[MC]

JG17-CY

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 agrafer 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[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.
- 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.

DISPONIBLE SUR Google Play

Disponible sur App Store