

DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (COLLECTIVE)

DIRECTIVES

Utilisez ce formulaire pour tous vos frais et services médicaux. Écrivez lisiblement en lettres moulées et assurez-vous de remplir toutes les sections pour éviter tout retard dans le traitement de la demande. Veuillez joindre les reçus originaux pour tous les frais réclamés et en conserver une copie pour vos dossiers.

Veuillez poster votre formulaire dûment rempli à :
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Règlements, Maladie complémentaire
1900 Albert Street
Regina, SK S4P 4K8

COMPTE DE CRÉDITS-SANTÉ (CCS)

Me rembourser le solde non réglé de cette demande de règlement à partir de mon compte de crédits-santé

Ces frais doivent respecter les règles et lignes directrices de l'ARC. Il vous incombe de déterminer si vos frais médicaux sont admissibles.

DÉPÔT DIRECT ET SOUMISSION ÉLECTRONIQUE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous recevrez votre remboursement plus rapidement avec le dépôt direct et pourrez accéder facilement à vos relevés en ligne.

Pour adhérer au dépôt direct et aux relevés en ligne, appelez notre Centre de service à la clientèle au 1-800-667-8164 ou ouvrez une session dans [Clic Avantages](#)^{MD}.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe _____ Compte _____ Certificat _____ Promoteur du régime/Employeur _____

Participant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ Date de naissance _____ JJ/MMM/AAAA

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (jour) (_____) _____

Si vous désirez que Co-operators communique avec vous par courriel concernant cette demande de règlement, veuillez indiquer votre courriel :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie prend des mesures raisonnables pour protéger la confidentialité de tous les renseignements recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires. Vous devez toutefois savoir qu'Internet n'est pas un moyen de communication sûr et que nous ne procédons pas au cryptage des courriels. Il nous est donc impossible de garantir une complète confidentialité des renseignements communiqués par courrier électronique, notamment les courriels et toute pièce jointe. En autorisant les communications par courriel, vous reconnaissez avoir lu et compris le présent avis de non-responsabilité, et vous nous autorisez à transmettre vos renseignements personnels par voie électronique en sachant que les courriels et toute pièce jointe pourraient faire l'objet d'un accès, d'une utilisation ou d'une divulgation non autorisés par des tiers. Vous reconnaissez que Co-operators Compagnie d'assurance-vie n'est pas responsable des pertes ou des dommages que vous ou toute autre personne pourriez subir en raison de toute violation de la vie privée, de la confidentialité ou de la sécurité résultant de la communication de vos renseignements personnels par courriel. Si vous ne souhaitez plus communiquer avec Co-operators Compagnie d'assurance-vie par courriel, veuillez nous en informer par écrit à Health_Support_Representatives@cooperators.ca.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE PRESTATIONS

Inscrivez le nom des personnes pour lesquelles vous demandez le remboursement des frais. **Assurez-vous que chacun des reçus originaux indique clairement le type de frais engagés.**

Nom de la personne ayant engagé les frais	Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)	Lien avec le participant	Étudiant à temps plein	Personne à charge handicapée	Montant demandé
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Montant total demandé					\$

Les frais sont-ils admissibles en vertu de votre régime provincial d'assurance maladie? Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie du paiement ou du refus.

Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident? Oui Non

Si oui, quel type d'accident? Accident de voiture Autre _____

Avez-vous présenté une demande d'indemnisation des accidents du travail? Oui Non

DÉTAILS DES FRAIS

Frais de médicaments d'ordonnance

Vous devez joindre les prescriptions officielles de la pharmacie ou de la clinique ou du médecin

Tous les reçus doivent inclure les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date du service
- N° d'ordonnance
- Nom du médicament
- Quantité
- Numéro d'identification du médicament (DIN)

Frais paramédicaux

Chiropraticien, massothérapeute, physiothérapeute, etc.

Tous les reçus doivent inclure les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date du service
- Nom du traitement dispensé
- Frais pour chaque service
- Nom, adresse, numéro de téléphone et titre professionnel du fournisseur de soins
- Montant payé par le régime provincial, le cas échéant

Frais médicaux

Équipement, appareils et services médicaux

Tous les reçus doivent inclure les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Date de réception du service ou du bien
- Nom du bien acheté ou description détaillée des services ou des fournitures
- Frais pour chaque bien ou service
- Nom, adresse, numéro de téléphone et titre professionnel du fournisseur de soins
- Montant payé par le régime provincial, le cas échéant

Soins de la vue

Correction de la vue au laser, lunettes, lentilles cornéennes et examens de la vue

Tous les reçus doivent inclure les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Répartition des frais pour les lentilles et les montures ou l'examen de la vue
- Date de réception des articles de la lunetterie
- Date où l'examen de la vue a été effectué et payé

