

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

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

Réclamation Estimation

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant _____ Prénom du participant _____

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

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 : N° de police du conjoint _____ N° 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 (par demandeur)	CGS*			
		A	M	J	Enfant handicapé		Étudiant à temps plein		Nom de l'établissement	Total	CGS*	
					Oui	Non						Oui
					<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"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 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.

