

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

**Toutes les autres provinces**  
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 

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

 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.

#### \*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*		
					Enfant handicapé		Étudiant à temps plein			Nom de l'établissement	Total	CGS*
		A	M	J	Oui	Non	Oui	Non				
					<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.**

## 4. DÉPÔT DIRECT ET NOTIFICATION

### Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations

À remplir uniquement pour adhérer au dépôt direct ou pour mettre à jour vos renseignements.

Informations bancaires pour le dépôt direct :

Le diagramme illustre la structure d'un numéro de chèque standard de 18 chiffres. Les chiffres sont divisés en quatre sections :

- 1** : Numéro du chèque (12 chiffres).
- 2** : Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3** : Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4** : Numéro de compte (jusqu'à 12 chiffres).

Les étiquettes indiquent : n° succursale (5 chiffres), n° institution (3 chiffres), et n° compte (jusqu'à 12 chiffres).

1. Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
2. Numéro de la succursale (5 chiffres).
3. Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
4. Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : \_\_\_\_\_  Personnel  Travail

**⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.**

Je ne veux pas recevoir de notification.

**Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client (ia.ca/moncompte), notre site Web sécurisé.**

## 5. 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.

**J'AUTORISE** l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies ci-dessus, tout montant payable à la suite d'une réclamation de soins de santé ou dentaires en vertu de mon régime d'assurance collective.

**JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier.

**JE COMPRENDS** que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées.

**JE COMPRENDS** également que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

De plus, **JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** que, si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'ometts d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

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'ACCEPTÉ** 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 | | | | | | | | | |

## DIRECTIVES DE SOUMISSION DE RÉCLAMATIONS

### Information générale

Formulaires de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>D'autres formulaires pour d'autres types de réclamations, des questionnaires et des renseignements supplémentaires sont accessibles sur notre site Internet, à l'adresse <b>ia.ca</b>.</li> </ul>
Coordination des prestations	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 %).</li> <li>Pour des instructions détaillées et des exemples de cas de coordination des prestations, consultez le Guide <i>Coordination des prestations</i> qui se trouve sur notre site Internet.</li> </ul>
Réclamations liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
Frais engagés à l'extérieur du Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 <b>ia.ca</b>. Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance, au <b>1 800 203-9024</b>.</li> </ul>

### Réclamations

Les factures originales détaillées doivent comprendre les renseignements suivants :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nom complet du demandeur</li> <li>Date, coût et type de traitement</li> <li>Nom et titres de compétences du fournisseur</li> </ul>
Services paramédicaux (ex. : massothérapie, physiothérapie, chiropractie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture originale détaillée, comprenant une recommandation médicale, si requise par votre police collective</li> </ul>
Orthèses podiatriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture originale détaillée</li> <li>Technique de moulage</li> <li>Titres de compétences du fournisseur ayant procédé au moulage (podologue, chiropraticien, orthésiste, podo-orthésiste, physiothérapeute ou podiatre)</li> </ul>
Chaussures orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture originale détaillée</li> <li>Recommandation médicale d'un médecin spécialiste, podiatre, podologue, physiothérapeute ou chiropraticien</li> </ul>
Lits d'hôpital et fauteuils roulants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture originale détaillée, comprenant la répartition des frais</li> <li>Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes</li> <li>Durée requise escomptée</li> <li>Date d'achat des appareils précédents, s'il y a lieu</li> </ul>
Appareils orthopédiques (ex. : attelle de genou, corset lombaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture originale détaillée, spécifiant le type d'appareil</li> <li>Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes</li> <li>Durée requise escomptée</li> </ul>
Services d'infirmiers ou d'infirmières	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>