iA Groupe financier

RÉCLAMATION
FRAIS MÉDICAUX

ASSURANCE COLLECTIVE

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

Toutes les autres provinces
Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

☐ **Réclamation** ☐ **Estimation**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom du participant _____ Nom du participant _____

N° de police _____ N° de certificat _____

Nom de l'organisation _____

Date de naissance A A A A M M J J ____ Sexe : ☐ M ☐ F Langue : ☐ Français ☐ Anglais

Moyen de communication à privilégier pour le règlement des réclamations :

☐ Téléphone _____ ☐ Courriel _____

Remplir cette section uniquement si votre adresse a récemment changé.

Adresse du participant _____ Code postal ____

2. COORDINATION DES PRESTATIONS (REMPLIR CETTE SECTION UNIQUEMENT SI L'UNE DE VOS PERSONNES À CHARGE EST COUVERTE PAR UN AUTRE RÉGIME COLLECTIF)

— Si votre conjoint ou vos enfants à charge sont couverts par leur propre régime collectif pour les soins médicaux, les frais engagés par cette personne doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande à iA Groupe financier pour le solde impayé.

— Si vos enfants à charge sont couverts à la fois par votre régime et par celui de votre conjoint, les frais engagés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint ou vos enfants à charge sont-ils couverts par un autre régime collectif pour les soins médicaux? ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Protection : ☐ Individuelle ☐ Familiale; nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance A A A A M M J J ____

Soumettez-vous des frais engagés par l'une de vos personnes à charge qui NE SONT PAS couverts par leur régime?

☐ Non ☐ Oui, précisez : _____

Si l'assureur de votre conjoint est aussi iA Groupe financier, voulez-vous que nous procédions à la coordination des prestations?

☐ Non ☐ Oui, précisez : N° de police du conjoint _____ N° de certificat _____

3. FRAIS MÉDICAUX

— Pour vous assurer d'un règlement complet de votre demande, veuillez fournir l'information requise comme indiqué à la dernière page de ce formulaire.

— **Joindre les originaux des factures et conserver une copie pour la coordination des prestations et pour l'impôt. Les factures ne vous seront pas retournées.**

Nom (un demandeur par ligne)	Lien avec le participant	Date de naissance A A A A M M J J	Enfants de 18 ans et plus (ou selon votre régime) — Enfant handicapé Non Oui	Étudiant à temps plein Non Oui	Nom de l'établissement d'enseignement	Total (par demandeur)
			☐ ☐	☐ ☐		$
			☐ ☐	☐ ☐		$
			☐ ☐	☐ ☐		$
			☐ ☐	☐ ☐		$

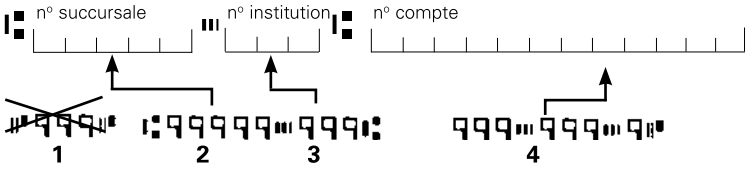
Si les frais sont engagés à la suite d'un accident, précisez le type d'accident (détails à la dernière page, s'il y a lieu) :

☐ Travail ☐ Véhicule motorisé ☐ Autre _____ Date de l'accident A A A A M M J J ____

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 :



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 à charge pour lesquelles je présente une réclamation sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom de celles-ci, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à leur sujet en rapport avec la réclamation.

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'omets 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 de services 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, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services toute information relative aux frais dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la réclamation.
3. **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTE** 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 ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date A A A A M M J J

Pour de l'information plus détaillée, consultez votre livret d'assurance collective.

INFORMATION GÉNÉRALE	
Formulaires de iA Groupe financier	— D'autres formulaires de réclamations, y compris les formulaires CGS, des questionnaires et des renseignements supplémentaires sont disponibles sur notre site Internet, au **ia.ca** et dans **l'Espace client**.
Coordination des prestations	— Cette démarche permet d'établir l'ordre dans lequel deux ou plusieurs assureurs verseront des prestations pour la même réclamation (maximum de 100 %). — Pour des instructions détaillées et des exemples de cas de coordination des prestations, consultez le guide *Coordination des prestations* qui se trouve sur notre site Internet.
Réclamations liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé	— 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. — 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.
Frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence	— Les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence sont pris en charge par CanAssistance. Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance au **1 800 203-9024**. Les formulaires de réclamation d'assurance voyage de CanAssistance, spécifiques à votre province de résidence, sont accessibles sur notre site Internet, au **ia.ca**.

EXIGENCES QUANT AUX RÉCLAMATIONS	
Les factures originales détaillées doivent comprendre les renseignements suivants et doivent être présentées pour chaque réclamation :	— Le nom complet du demandeur — La date, le coût et le type de traitement — Le nom et les titres professionnels du fournisseur
Services de fournisseurs paramédicaux (ex. : massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, etc.)	— Une recommandation médicale pourrait être requise selon votre police d'assurance collective
Orthèses du pied	La recommandation médicale et la facture doivent inclure : — Le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical — Le nom et les compétences du professionnel de la santé autorisé Québec : Médecin et podiatre Autres provinces : Médecin, orthésiste dûment autorisé, podiatre, podo-orthésiste dûment autorisé et podologue (uniquement en Ontario) — La technique de moulage — Le nom et les compétences du spécialiste en orthèses du pied ou du laboratoire dûment autorisé Québec : Podiatre (seulement pour les orthèses du pied) ou laboratoire détenant un permis où travaille un orthésiste Autres provinces : Orthésiste dûment autorisé, podiatre, podo-orthésiste dûment autorisé et podologue (uniquement en Ontario)
Chaussures orthopédiques	La recommandation médicale et la facture doivent inclure : — Le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical — Le nom et les compétences du professionnel de la santé autorisé (voir la liste par provinces sous « Orthèses du pied » pour plus d'information) — Le nom du spécialiste ou du laboratoire spécialisé en orthopédie qui a fabriqué sur mesure ou modifié de façon permanente les chaussures orthopédiques (voir la liste par provinces sous « Orthèses du pied » pour plus d'information) — La liste détaillée des modifications permanentes apportées aux chaussures — Une description de la façon dont les chaussures ont été faites sur mesure
Lits d'hôpital et fauteuils roulants	— Une recommandation médicale, comprenant le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical — La durée requise escomptée — La date d'achat des appareils précédents, s'il y a lieu
Appareils orthopédiques (ex. : attelle de genou, corset lombaire)	— Une recommandation médicale, comprenant le diagnostic, la nécessité sur le plan médical et les symptômes — La durée requise escomptée
Services d'infirmiers ou d'infirmières	— Les prestations pour services d'infirmiers ou d'infirmières doivent être préapprouvées par iA Groupe financier. Veuillez télécharger et remplir le questionnaire approprié, puis nous le soumettre. Vous trouverez le questionnaire en question sur notre site Internet.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le Service à la clientèle au 1 877 422-6487.