

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 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 l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. pour le soldé 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.

Est-ce que votre conjoint ou vos enfants à charge sont 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

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 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 MÉDICAUX

- Pour vous assurer d'un règlement complet de votre demande, veuillez fournir l'information requise comme indiqué au verso 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; elles seront détruites 60 jours après leur réception.**

Nom (un demandeur par ligne)	Lien avec le participant	Date de naissance		
		A	M	J
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enfants de 18 ans et plus (ou selon votre régime)				Total (par demandeur)
Enfant handicapé		Étudiant à temps plein		
Non	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"/>	_____ \$

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 _____

4. 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.

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 l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec la Société 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 la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à la Société, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs toute information relative aux frais 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, la Société 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 la 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 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.

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

Signature du participant **X** _____ Date

DIRECTIVES DE SOUMISSION DE RÉCLAMATIONS

Les prestations pour les soins médicaux couvrent les frais suivants (peut varier selon votre régime) :

- Médicaments
- Services paramédicaux
- Chambres d'hôpital
- Soins de la vue
- Appareils médicaux
- Frais de transport en ambulance
- Assurance voyage

Pour des renseignements spécifiques, consultez votre livret d'assurance collective.

INFORMATION GÉNÉRALE

Formulaires de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.	<ul style="list-style-type: none">• 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
Coordination des prestations	<ul style="list-style-type: none">• 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 %).• 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.
Réclamations liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none">• 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 du Canada	<ul style="list-style-type: none">• Les frais engagés à l'extérieur du Canada sont pris en charge par CanAssistance. Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance au 1 800 203-9024. Les formulaires de demandes de règlement 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 :	<ul style="list-style-type: none">• Nom complet du demandeur• Date, coût et type de traitement• Nom et titres de compétences du fournisseur
Services paramédicaux (ex. : massothérapie, physiothérapie, chiropractie, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée, comprenant une recommandation médicale, si requise par votre police collective
Orthèses podiatriques	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée• Technique de moulage• Titres de compétences du fournisseur ayant procédé au moulage (podologue, chiropraticien, orthésiste, podo-orthésiste, physiothérapeute ou podiatre)
Chaussures orthopédiques	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée• Recommandation médicale d'un médecin spécialiste, podiatre, podologue, physiothérapeute ou chiropraticien
Lits d'hôpital et fauteuils roulants	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée, comprenant la répartition des frais• Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes• Durée requise escomptée• Date d'achat des appareils précédents, s'il y a lieu
Appareils orthopédiques (ex. : attelle de genou, corset lombaire)	<ul style="list-style-type: none">• Facture originale détaillée, spécifiant le type d'appareil• Recommandation médicale, comprenant le diagnostic et les symptômes• Durée requise escomptée
Services d'infirmiers ou d'infirmières	<ul style="list-style-type: none">• Les prestations pour services d'infirmiers ou d'infirmières doivent être préapprouvées par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 notre Service à la clientèle au 1 877 422-6487.