

**Formulaire de demande de règlement  
Régime de soins médicaux complémentaires (162954)  
Compte de gestion des dépenses santé**

**Les prestations doivent être versées aux termes :**

- de l'assurance-maladie supplémentaire seulement
- du Compte de gestion des dépenses santé seulement
- des deux

**DIRECTIVES**

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Signez et datez le formulaire.
3. Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.
4. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 10.

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

**PARTIE 1 – Renseignements sur le participant**

**Vous devez remplir cette partie au complet.**

Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

**Nom du participant**

Prénom  Nom de famille

**Numéro d'identification du participant**

**Adresse du participant**

Numéro et rue

Ville  Province  Code postal

Date de naissance : Jour  Mois  Année

Langue de préférence :  Anglais  Français

**PARTIE 2 – Coordination des prestations**

Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

S'il s'agit du régime du conjoint, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint : Jour  Mois  Année

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

3. Avez-vous demandé des indemnités pour accident du travail?  Oui  Non

**PARTIE 3 – COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)**

Soumettez-vous une demande de règlement pour les primes payées aux termes de ce régime?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez le montant \$

**PARTIE 4 – Renseignements sur le patient**

Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance			Si l'enfant a 21 ans ou plus				Le patient est-il célibataire et dépendant financièrement de vous?	
		Jour	Mois	Année	Étudie-t-il à temps plein?		Est-il atteint d'une invalidité?		Oui	Non
					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"/>

**PARTIE 5 – Frais de médicaments sur ordonnance**

Pour toutes les demandes de règlement relatives à des médicaments sur ordonnance.

Joignez les reçus de médicaments originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :

- Nom du patient, date d'achat, numéro d'identification du médicament (DIN) et nom du médicament.

**PARTIE 6 – Frais de soins paramédicaux**

Pour les soins de chiropraticien, de physiothérapeute, de massothérapeute, de psychologue, etc.

Joignez les reçus originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :

- Nom du patient, date des soins, durée et type de soins
- Nom, adresse, numéro de téléphone, désignation et association professionnelle du fournisseur des soins de santé
- Date du dernier paiement par le régime provincial (le cas échéant)

Nom du fournisseur	Type de soins	Numéro de téléphone

**PARTIE 7 – Frais médicaux**

Pour les fournitures, appareils et services médicaux.

Joignez les reçus originaux et la recommandation du médecin prescripteur, y compris le diagnostic. Les renseignements suivants doivent figurer sur les reçus :

- Nom du patient, date des soins et description de l'article acheté
- Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur
- Déclaration de paiement du régime provincial (le cas échéant)

**PARTIE 8 - Soins oculaires**

Chirurgie oculaire au laser, verres, lentilles cornéennes et examens de la vue.

Joignez les reçus originaux.  
Raison de l'achat des lentilles? (cochez la case qui s'applique)

- Prescription initiale     
  Changement de prescription     
  Perte ou bris  
 Aucune de ces raisons

**PARTIE 9 – Confirmation, autorisation et signature**

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles aux termes de mon régime.

J'atteste que les frais faisant de la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même ou par une personne pouvant me donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

La soumission de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses et elle pourrait les signaler à votre employeur ou au répondant de votre régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

À La Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise La Canada Vie, tout prestataire de soins de santé ou de soins dentaires, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec La Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de La Canada Vie ou rendez-vous à l'adresse [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

Signature du participant X \_\_\_\_\_

Date : 

Jour	Mois	Année

**PARTIE 10 – Présentation de votre demande de règlement**

Veuillez envoyer votre demande de règlement au Service des indemnités indiqué ci-dessous.

Questions : 1 866 716.1313

Service des indemnités de Montréal  
Place Bonaventure  
800 rue de la Gauchetière O Bureau 5800  
Montréal QC H5A 1B9  
[www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)



Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications? Veuillez communiquer avec nous.

Ligne ATS vers téléphoniste : 711  
Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511