

**DEMANDE DE RÈGLEMENT  
FRAIS MÉDICAUX**

Demande de règlement  Estimation

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

**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 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.

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, 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 renvoyées; elles seront détruites 60 jours après leur réception.**

| Nom (un demandeur par ligne) | Lien avec le participant | Date de naissance |        |              |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|--------|--------------|
|                              |                          | A                 | M      | J            |
| _____                        | _____                    | [ ][ ]            | [ ][ ] | [ ][ ][ ][ ] |
| _____                        | _____                    | [ ][ ]            | [ ][ ] | [ ][ ][ ][ ] |
| _____                        | _____                    | [ ][ ]            | [ ][ ] | [ ][ ][ ][ ] |
| _____                        | _____                    | [ ][ ]            | [ ][ ] | [ ][ ][ ][ ] |

| Enfants de 18 ans et plus |                          |                          |                          | 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  
 Autre \_\_\_\_\_  
 Date de l'accident [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

**4. CONFIRMATION/AUTORISATION DU PARTICIPANT**

**JE CONFIRME par les présentes :**

- qu'à ma connaissance, l'information contenue dans la présente demande de règlement est complète et exacte;
- que les personnes à charge pour lesquelles je présente une demande de règlement 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 demande de règlement.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

- JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande; et
- 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 l'Industrielle Alliance, 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 demande de règlement.
- JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, l'Industrielle Alliance aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement 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 [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] F54-326(12-10)

## DIRECTIVES DE SOUMISSION DE DEMANDES DE RÈGLEMENT DE L'INDUSTRIELLE ALLIANCE

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

- Médicaments
- Services paramédicaux
- Chambres d'hôpital
- 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                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• D'autres formulaires de demandes de règlement, y compris les formulaires CGS, des questionnaires et des renseignements supplémentaires sont disponibles sur notre site Internet, au <a href="http://www.inalco.com">www.inalco.com</a></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 demande de règlement (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> |
| Demandes de règlement liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé | <ul style="list-style-type: none"><li>• Si votre demande de règlement 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 demande de règlement 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. Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance au <b>1 800 203-9024</b>. Les formulaires de demandes de règlement d'assurance voyage de CanAssistance, spécifiques à votre province de résidence, sont accessibles sur notre site Internet.</li></ul>                       |

### EXIGENCES QUANT AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT

|   |   |
|---|---|
| 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>               |

|  |   |
|--|---|
| 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. Veuillez télécharger et remplir le questionnaire approprié, puis soumettez-le à l'Industrielle Alliance. Vous trouverez le questionnaire en question sur notre site Internet.</li></ul> |
|--|---|

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

[www.inalco.com](http://www.inalco.com)