RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
CHAMBRES DE COMMERCE®

Veuillez inscrire votre numéro d'entreprise et de certificat

N° d'entreprise _____ N° de certificat _____

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

INSTRUCTIONS (Veuillez lire attentivement)

Toute demande de règlement pour médicaments doit être accompagnée des reçus originaux remis par la pharmacie. Les photocopies ne sont pas acceptables.
Toute demande de règlement pour frais d'hospitalisation doit être accompagnée d'une formule de demande dûment remplie par l'hôpital.
Toute demande de règlement pour frais de consultation chez un massothérapeute enregistré doit être accompagnée d'une lettre de recommandation rédigée par le médecin traitant. Si vous avez cessé de recevoir ces soins pour une période de six mois ou plus, une nouvelle lettre de recommandation rédigée par le médecin traitant sera exigée. (Le Régime ne rembourse pas les honoraires que pourrait être exigés pour compléter un formulaire.)
Aucun remboursement ne sera effectué aux termes de cette garantie pour les services, soins ou fournitures fournies à l'employé par l'employeur.
Toute demande de règlement doit être accompagnée d'une déclaration complète et détaillée, précisant le diagnostic, les dates des consultations, le détail des soins et un compte rendu complet des frais engagés. Les reçus doivent afficher la désignation, l'adresse et le numéro de téléphone du praticien. **Tous les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels.**

Nom de l'entreprise _____

Nom et prénom(s) de l'employé (M/Mme/Mlle) _____

Adresse du domicile _____

Veuillez indiquer un numéro de téléphone où nous pourrons vous joindre le jour si nous avons des questions à propos de votre demande de règlement. _____

Avant de poster la présente demande, assurez-vous d'avoir répondu à TOUTES les questions. **Les réponses insuffisantes et incomplètes risquent de retarder le traitement de la demande.**

1. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif? ❑ Oui ❑ Non
   Si «OUI», indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré : _____
   N° de la police _____
   Nom et adresse de l'assureur _____
   _____
   _____

2. Un des traitements reçus était-il le résultat d'un accident? ❑ Oui ❑ Non
   Si «OUI», joignez un bref compte rendu de l'accident (date et précisions) :
3. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? ❑ Oui ❑ Non
   Si «OUI», précisez le nom de l'enfant : _____
   L'enfant : ❑ a une incapacité physique/mentale
   ❑ est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'école suivante :
   (Nom de l'établissement d'enseignement)
   _____

Je certifie que les réponses ci-dessus sont, pour autant que je sache, complètes et exactes, et que les reçus ci-joints constituent une demande de règlement des frais engagés pour les soins rendus à moi et/ou aux membres admissibles de ma famille. J'autorise et mandate, par la présente, mon médecin ou chirurgien à fournir tout renseignement nécessaire à l'étude de la présente demande de règlement. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé _____ Date _____

Les frais remboursés par votre Régime d'assurance collective ne donnent pas droit à des déductions fiscales. Vous pouvez demander une déduction pour les montants non couverts par le Régime. Votre détail du règlement sera accepté comme preuve des montants non couverts par le Régime. ***Nous ne retournons pas les reçus originaux.***

Nom du patient	Date de naissance M J A	Lien de parenté avec l'employé	Type de soins	Nom du médicament	Date des soins M J A	Montant
					Total	

Faites parvenir votre demande de règlement accompagnée des reçus originaux à l'adresse suivante :
Régime d'assurance collective des Chambres de commerce, 582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1
Assureur : Desjardins Sécurité financière