



# DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DE SANTÉ

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Régime N° \_\_\_\_\_ N° du certificat \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance : jour \_\_\_\_\_ / mois \_\_\_\_\_ /année \_\_\_\_\_

Adresse de l'employé : \_\_\_\_\_

DÉSIREZ-VOUS QUE LE REMBOURSEMENT SOIT VIRÉ AUTOMATIQUEMENT À VOTRE COMPTE BANCAIRE Oui  je joins un chèque portant la mention «Annulé». Veuillez noter que l'envoi d'un seul chèque portant la mention «Annulé» sera nécessaire. Toutefois, si vous changez de compte bancaire, vous devrez nous fournir un nouveau chèque.

## RENSEIGNEMENTS POUR LA COORDINATION DES INDEMNITÉS

1. Est-ce que votre conjoint(e) et/ou votre (vos) enfant(s) est (sont) couvert(s) par un autre régime d'assurance collective?  Oui  Non  
Si oui, veuillez compléter ce qui suit :

Date de naissance de votre conjoint(e) (J/M/A) \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance, numéro de la police et numéro de certificat \_\_\_\_\_

2. Cette demande porte-t-elle sur des frais engagés suite à un accident?  Oui  Non

Si oui, veuillez compléter ce qui suit : Date de l'accident \_\_\_\_\_ Endroit où l'accident a eu lieu  Travail  Maison  Autre

Veuillez expliquer comment l'accident est survenu \_\_\_\_\_

3. Si la réclamation est pour un enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez indiquer si :

L'enfant est-il handicapé?  L'enfant est-il un étudiant à temps plein?

## MÉDICAMENTS, SOINS DE LA VUE, SERVICES PARAMÉDICAUX ET AUTRES

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom du patient (Utiliser une ligne par patient)	Date de naissance			Lien avec l'employé	Total des reçus payés
	Jour	Mois	Année		
<b>FRAIS MÉDICAMENTS</b>	<b>TOTAL DES FRAIS SOUMIS</b>				

Veuillez SVP joindre vos reçus originaux pour frais de médicaments à l'endos de ce formulaire.

Tous les reçus doivent démontrer le numéro d'ordonnance et le numéro d'identification du médicament.

### RAPPEL

VEUILLEZ CONSULTER LE SOMMAIRE DES GARANTIES POUR CONFIRMER LE DÉLAI DONT VOUS DISPOSEZ POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE.

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET. SANS QUOI, IL VOUS SERA RETOURNÉ, ET LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE SERA AINSI RETARDÉ.

## SOINS DE LA VUE CESSON DES PRESTATIONS

FOURNISSEUR	Nom et adresse du fournisseur :	Je cède au fournisseur nommé dans la présente les indemnités payables au titre de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.
	Téléphone:	

## AUTORISATION

Je, le soussigné, autorise le Groupe Assurance Cowan ("GAC"), mon employeur, l'administrateur de mon régime, mon médecin, les professionnels de la santé, l'hôpital, l'établissement médical, la compagnie d'assurance, la commission des accidents du travail ou tout régime ou toute organisation similaire, le ministère du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association, à communiquer au GAC ou à ses représentants tous les renseignements médicaux ou relatifs au paiement de mes prestations ou tout autre renseignement ou dossier en sa possession et que GAC peut détenir ou demander en vue de prendre une décision quant à cette demande.

Je confirme que l'information que je soumets à l'appui de ma demande est, à ma connaissance, complète et exacte. Je comprends que, dans le cadre de l'examen de ma demande, le GAC peut me demander ou demander à des tierces parties d'autres renseignements pertinents me concernant ou concernant les personnes à ma charge. En cas de soupçon de fraude ou d'abus des garanties, le GAC mènera une enquête et je consens à ce qu'il communique des renseignements à des organismes de réglementation, au gouvernement ou au service de police, à des professionnels de la santé et à l'administrateur du régime ou à l'employeur, au besoin.

Je reconnaiss qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que la version originale.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Groupe Assurance Cowan

700-1420 place Blair

Ottawa (Ontario) K1J 9L8

Telephone: 1-888-509-7797 or 1-613-741-3313