

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

**DEMANDE DE RÈGLEMENT – COMPTE DE GESTION SANTÉ**
**MÉDICAL/DENTAIRE**
 Demande de règlement  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 

A	M	J

 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 votre conjoint ou vos personnes à charge sont couverts par un autre régime collectif.)**

• Si votre conjoint ou vos enfants à charge sont couverts par leur propre régime d'assurance collective, la demande doit d'abord être soumise à leur assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé à l'Industrielle Alliance. **Votre compte de gestion santé pourra être utilisé pour le remboursement des frais uniquement après avoir tenu compte de la coordination des prestations, s'il y a lieu.**

• Si vos enfants à charge assurés sont couverts par votre régime d'assurance collective et par celui de votre conjoint, la demande doit être soumise au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

 Est-ce que votre conjoint et vos personnes à charge sont couverts par un autre régime collectif pour les soins médicaux ou dentaires?  Non  Oui, précisez ci-dessous :

 Type de prestation :  Soins médicaux  Soins dentaires  Les deux Protection :  Individuelle  Familiale

 Nom du conjoint ou de l'enfant à charge assuré \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

 Soumettez-vous des frais engagés par votre conjoint ou vos personnes à charge qui **NE SONT PAS** couverts par leur régime?

 Non  Oui, précisez le type de prestation : \_\_\_\_\_

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 À REMBOURSER**

• Pour les frais médicaux, veuillez joindre les reçus originaux. Pour les soins dentaires, veuillez joindre le formulaire du dentiste. Dans les deux cas, si l'Industrielle Alliance n'est pas l'assureur principal, veuillez également joindre une copie de l'explication des prestations de l'autre assureur. Veuillez conserver une copie des reçus pour la coordination des prestations et à des fins d'impôt. Les reçus ne vous seront pas retournés et seront détruits 60 jours après leur réception.

**\* Compte de gestion santé (CGS)**

Veuillez indiquer les frais dont le solde impayé doit être remboursé à même votre compte de gestion santé en cochant « oui » ou « non » dans la colonne intitulée CGS pour tous les frais engagés. Les frais médicaux et dentaires qui ne sont pas couverts ou qui le sont en partie seulement par votre régime d'assurance collective peuvent être remboursés à même votre CGS, comme le prévoit la Loi de l'impôt sur le revenu.

Nom (un demandeur par ligne)	Lien avec le participant	Date de naissance			Enfants de 18 ans et plus (ou selon votre régime)				Total (par demandeur)	CGS*		
					Enfant handicapé		Étudiant à temps plein			Nom de l'établissement	Total	CGS*
		A	M	J	Oui	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"/>		\$	<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 

A	M	J

 Autre \_\_\_\_\_

 Si la demande de règlement de frais dentaires est effectuée à la suite d'un accident, veuillez remplir le formulaire intitulé *Demande de règlement - Soins dentaires en cas d'accident (F54-267)*. Vous trouverez celui-ci sur notre site Web.

