

# DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET D'UN COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

**Saviez-vous qu'il existe trois façons de soumettre une demande de règlement pour des frais médicaux ou dentaires couverts par votre régime d'assurance collective?**

<b>Chez votre fournisseur*</b> À la clinique ou au cabinet, payez uniquement ce que le régime ne couvre pas. Par ailleurs, si vous acquittez la totalité de la facture, vous recevrez habituellement le remboursement dans votre compte en 24 h grâce au traitement des demandes de règlement en temps réel.	<b>En ligne et sur appareils mobiles</b> La soumission en ligne et sur appareils mobiles vous permet d'entrer les demandes de règlement quand vous voulez, où vous voulez. Nous vous remboursons en 24 heures (ou après l'examen des reçus) grâce au traitement des demandes en temps réel; vous recevez donc le paiement plus rapidement.	<b>Par la poste</b> Certains types de demandes de règlement doivent être soumis en format papier. Remplissez la <i>Demande de règlement d'assurance complémentaire</i> .
* Fournisseurs autorisés à soumettre des demandes de règlement au nom des participants : dentistes, massothérapeutes, chiropraticiens, physiothérapeutes et fournisseurs de soins de la vue	En ligne sur <a href="http://pmw.empire.ca">pmw.empire.ca</a> : acupuncture, chiropraxie, conseils diététiques, ergothérapie, examens de l'audition, examens de la vue, massages, médicaments, naturopathie, orthophonie, ostéopathie, physiothérapie/thérapie du sport, podiatrie, podologie, psychologie clinique, services d'ambulance, services d'un travailleur social, soins dentaires, soins de la vue (lunettes/lentilles cornéennes) et plus	Autres services :  Veuillez envoyer la <i>Demande de règlement d'assurance maladie complémentaire</i> , les reçus et les autres documents par la poste.

**Veillez remplir un formulaire par personne.**

**1. Renseignements personnels – assurez-vous de remplir tous les champs dans cette section**

N <sup>os</sup> de police d'assurance collective, de division et de certificat		Adresse de courriel			
Nom de l'employé assuré		Date de naissance (jj/mm/aa)		Téléphone	
Adresse		Ville		Province	Code postal
S'agit-il d'une demande d'indemnité d'accident du travail? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
Si un traitement a été nécessaire en raison d'un accident, comment ce dernier s'est-il produit?				Date de l'accident (jj/mm/aa)	
Veillez remplir la section suivante si vous ou une personne à votre charge avez une protection offerte par un autre assureur et qu'une coordination des indemnités est requise.					
Nom de l'autre assureur				N <sup>os</sup> de police d'assurance collective et de certificat	
Nom du titulaire de police				Date de naissance (jj/mm/aa)	

**2. Traitement des demandes de règlement – vous devez joindre les reçus originaux à des fins de traitement**

Si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties originale provenant du premier payeur. Veuillez conserver des copies de vos reçus originaux pour vos dossiers. Les demandes de règlement pour médicaments doivent être accompagnées du reçu d'ordonnance officiel fourni par le pharmacien.

**Pour le CDS :**  
 Demandes de règlement d'assurance dentaire doivent inclure le formulaire standard pour soins dentaires original fourni par le dentiste. Les frais peuvent être engagés par vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge, comme prescrit par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) – [www.cra.gc.ca](http://www.cra.gc.ca).  
 Les frais admissibles sont déterminés par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et par les bulletins d'interprétation de l'Agence du revenu du Canada (ARC).

**2. Traitement des demandes de règlement (suite)****Vos directives de paiement :**

- Veuillez d'abord traiter cette demande de règlement au titre de la garantie d'AMC. Je coordonnerai les indemnités auprès de mon autre assureur et soumettrai une nouvelle demande pour obtenir le règlement du solde impayé au titre de mon CDS.
- Veuillez d'abord traiter cette demande de règlement au titre de la garantie d'AMC, puis prélever tout solde impayé de mon CDS (si la coordination des indemnités ne s'applique pas).
- Veuillez traiter cette demande de règlement uniquement au titre de mon CDS.
- Veuillez ne pas utiliser mon CDS pour cette demande de règlement.

**De plus**, si ma demande de règlement est payée seulement en partie en raison d'un nombre insuffisant de crédits à mon CDS, veuillez automatiquement utiliser toute allocation future pour me rembourser.  Oui

**3. Dépôt direct – inscrivez-vous au dépôt direct pour recevoir vos remboursements plus rapidement**

**S'il s'agit d'une première demande ou que vos renseignements bancaires ont changé**, veuillez inclure un chèque personnel annulé.

- Veuillez m'inscrire  Veuillez modifier mes renseignements  Veuillez utiliser l'information à mon dossier

N<sup>os</sup> de police d'assurance collective, de division et de certificat**4. Sommaire de la demande de règlement**

Nom de personne pour laquelle vous réclamez les indemnités	Lien avec l'employé assuré	Date de naissance (jj/mm/aa)
_____	_____	____/____/____

Veuillez vous assurer que chaque reçu indique clairement le type de médicament, le produit ou le service faisant l'objet de la demande de règlement. Inscrivez le numéro de téléphone tel qu'il est indiqué sur le reçu en incluant l'indicatif régional.

Date (jj/mm/aa)	Médicament, produit ou service	Total des frais	Prénom et nom de famille du fournisseur p. ex., Jean Tremblay	Code postal	Téléphone
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____
____/____/____		\$ _____	_____	_____	____-____-____

Ajoutez une autre page si vous devez réclamer d'autres frais.

**5. Attestation et autorisation**

**J'atteste** que les énoncés ci-dessus sont complets et véridiques et que tous les reçus ci-joints ne représentent aucune duplication de frais ayant déjà fait l'objet d'une demande de règlement.

**J'autorise** le médecin traitant, les hôpitaux et autres fournisseurs de services médicaux à transmettre tout renseignement et tout dossier liés à la présente demande de règlement à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) et j'autorise l'Empire Vie, ses agents, ses représentants et ses consultants, ainsi que d'autres assureurs et réassureurs, à recueillir et à analyser lesdits renseignements (au besoin) dans le but d'étudier, d'évaluer et de traiter cette demande de règlement. Je comprends que l'information fournie dans la présente demande de règlement pourrait être examinée en cas d'audit du régime;

**J'accepte** qu'une photocopie de cette autorisation ait la même valeur que l'original.

**Je comprends** que l'Empire Vie pourrait me transmettre de l'information concernant la demande de règlement ou transmettre l'information à toute autre personne pour laquelle je soumetts cette demande de règlement ou à toute personne agissant en mon nom ou en celui de la personne pour laquelle je soumetts la présente demande de règlement (au besoin) afin de confirmer l'admissibilité, ainsi que d'évaluer et de traiter la demande. Si j'ai fourni de l'information à propos d'une autre personne, je confirme que j'ai l'autorisation de le faire.

**Je reconnais**

- que je suis responsable de m'assurer que tous les frais faisant l'objet de la présente demande de règlement de mon CDS sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada);
- que toutes les personnes à charge pour lesquelles les frais font l'objet de la présente demande de règlement sont admissibles en tant que personne à charge en vertu du régime d'assurance

Signature de l'employé assuré

Date (jj/mm/aa)

X

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMATION IMPORTANTE

### Service rapide

Pour obtenir le paiement rapide de votre règlement, veuillez vous assurer d'inclure les documents suivants :

- la demande de règlement dûment remplie et signée, comprenant votre adresse et votre code postal
- les reçus originaux (si l'Empire Vie est le deuxième payeur, veuillez joindre à votre demande de règlement une photocopie du reçu ainsi que l'explication des garanties originale provenant du premier payeur)
- l'explication des garanties fournie par votre autre assureur si vous coordonnez les garanties
- un chèque personnel annulé si vous désirez vous inscrire au paiement pratique par transfert électronique de fonds (TEF), ou modifier l'information personnelle figurant à votre dossier pour le TEF.

Veuillez noter que :

- Tout renseignement manquant ou erroné peut entraîner des retards de paiement.
- Si vous remplissez une demande de règlement pour une personne autre que vous-même ou une personne à charge admissible au titre du régime d'assurance collective, veuillez vous assurer que cette personne est une personne à charge admissible en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) [www.cra-arc.gc.ca](http://www.cra-arc.gc.ca).
- Tous les paiements provenant du CDS seront versés directement à l'employé assuré.
- L'Empire Vie pourrait vous demander de l'information additionnelle pour évaluer cette demande de règlement ou toute demande future. Le paiement au titre de cette demande de règlement ne garantit pas l'approbation de toute demande de règlement future pour ces mêmes articles ou services.

### Protection de vos renseignements personnels

À l'Empire Vie, nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection des renseignements personnels. Les renseignements personnels que nous recueillons serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime d'assurance collective. Le promoteur de votre régime pourrait avoir accès au sommaire des montants totaux réclamés au titre de votre CDS à des fins de production de déclaration fiscale ou de rapports administratifs.

### Prévention de la fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est un geste ou une omission intentionnelle visant à obtenir illégalement une prestation d'assurance. Les demandes de règlement frauduleuses augmentent le coût de votre assurance collective. Si nous obtenons la preuve d'une fraude ou d'un abus des garanties, la présente demande de règlement pourrait être transmise à tout organisme approprié, y compris les organismes de réglementation, les agences gouvernementales, les fournisseurs de services médicaux et les autres assureurs, et, si applicable, au promoteur du régime, et ce, à des fins d'enquête et de prévention de la fraude et/ou d'abus des garanties.

### Pour des réponses à vos questions

Vous pouvez compter sur nos représentants du Service à la clientèle qui vous fourniront un service rapide et personnalisé pour répondre à vos questions ou préoccupations. Veuillez composer le notre numéro sans frais 1 800 267-0215, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est, ou envoyer un courriel à [group.csu@empire.ca](mailto:group.csu@empire.ca). Vous pouvez également visiter notre site Web à [www.empire.ca](http://www.empire.ca).

MD Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

3 de 3 G-0006-FR-06/20



**Une fois votre demande de règlement dûment remplie, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante :**

(Nous vous prions de plier cette partie de façon à ce que l'adresse figure dans la fenêtre de l'enveloppe.)

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie  
Règlements santé, Solutions d'assurance collective  
259, rue King Est  
Kingston ON K7L 3A8