

# Assurance alternative au régime provincial d'assurance-maladie – Assurance employé

## Feuillet de renseignements pour les demandes de règlement

*Ce document répond aux questions fréquentes à propos des demandes de règlement de l'Assurance Frais hospitaliers et médicaux reçus dans la Province*

### DEMANDES DE RÈGLEMENT DE SOINS MÉDICAUX

- Le formulaire de Demande de règlement – Assurance alternative au régime provincial d'assurance-maladie doit être dûment complété pour que votre demande soit traitée.
- Veuillez vous assurer d'indiquer tous les services paramédicaux, radiographies, ou frais d'analyses de laboratoires à la **section A – Services paramédicaux**.
- Veuillez vous assurer que la **section B – Relevé d'honoraires du médecin** soit complétée par le médecin traitant.
- Veuillez vous assurer de joindre toutes les factures et les reçus originaux pour tous les frais réclamés.

### DEMANDES DE RÈGLEMENT – SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT

- Le formulaire de Demande de règlement – Assurance alternative au régime provincial d'assurance-maladie doit être dûment complété pour que votre demande soit traitée.
- Veuillez joindre un formulaire normalisé de demande d'indemnisation des soins dentaires, disponible auprès de votre dentiste, complété et signé par votre dentiste pour les traitements dentaires reçus suite à un accident.
- Veuillez vous assurer que la **section C – Soins dentaires en cas d'accident** soit complétée par le dentiste traitant.

### IMPORTANT

- Le formulaire de Demande de règlement – Assurance alternative au régime provincial d'assurance-maladie doit être envoyé à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans un délai de 90 jours suivant la date de la blessure/maladie, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais réclamés.
- Si votre réclamation concerne des frais médicaux à l'extérieur de votre province de résidence, veuillez nous contacter afin d'obtenir les formulaires nécessaires.

### QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus d'analyse standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai d'une à trois semaines. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :

*(A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur*

*(B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire*

*(C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons*

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :  
**INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.**  
Services des règlements Vie et Santé, Solutions pour les marchés spéciaux  
400-988, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6  
Tél. : 1-800-549-7227  
[www.solutionsinsurance.com](http://www.solutionsinsurance.com)

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la société n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

Remplir à l'encre en lettres moulées S.V.P.

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Prénom de l'employé(e) \_\_\_\_\_

Sexe  H  F Date de naissance de l'employé(e) \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

Nom de famille du patient(e) \_\_\_\_\_ Prénom du patient(e) \_\_\_\_\_

Sexe  H  F Lien de parenté avec l'employé(e)  Assuré(e)  Époux(se)  Personne à charge Date de naissance du patient(e) \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

Adresse complète au Canada:  
Rue \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**(A) À compléter si la demande concerne des frais de services paramédicaux, de radiographies ou d'analyses de laboratoire**

Bénéficiez-vous d'un autre régime d'assurance groupe, public ou privé ? \_\_\_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_  
Oui  Non

Si « Oui », avez-vous déjà réclamé vos frais auprès d'eux ? Oui  Non

Veillez indiquer le montant total des frais réclamés pour des services paramédicaux, de radiographies ou d'analyses de laboratoire \_\_\_\_\_ \$

Si des prestations sont monnayables, veuillez sélectionner ce qui suit :

Chèque payable à :  l'assuré(e) **OU**  autre (complétez ci-dessous)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse :  
Rue \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**Autorisation et Déclaration**

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets.  
En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je COMMUNIQUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et service financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police.  
J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur ou autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.  
J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Date de signature \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

**VEUILLEZ JOINDRE LES ORIGINAUX  
DES FACTURES ET REÇUS S.V.P.**

**(B) Votre médecin DOIT compléter cette section si la demande concerne un des services suivants : hospitalisation, frais médicaux ou visites médicales**

**RELEVÉ D'HONORAIRES DU MÉDECIN**

**Pour éviter tout délai dans le paiement, assurez-vous d'indiquer les codes des services et diagnostics**

Diagnostic (le cas échéant, décrivez les complications), procédures – utilisez la terminologie exacte du barème des frais

Indiquez la date à laquelle la ou les conditions ont été initialement diagnostiquées par un médecin :

( J J / M M M / A A A A )											

Code du service	Frais soumis	Nombre de services	Date du service ( J J / M M M / A A A A )	Code du diagnostic	Code du service	Frais soumis	Nombre de services	Date du service ( J J / M M M / A A A A )	Code du diagnostic

Montant total facturé pour les visites :

Au cabinet médical	À l'hôpital	À la maison	Total
\$	\$	\$	\$

Nom du médecin :

MD  Spécialiste certifié

Adresse du médecin :

Rue

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

**Je déclare que ce qui figure ci-dessus est une déclaration exacte des services que j'ai personnellement rendus**

Signature du médecin \_\_\_\_\_

( J J / M M M / A A A A )											

**(C) Soins dentaires en cas d'accident. Votre dentiste DOIT compléter cette section si vous avez subi une blessure aux dents à la suite d'un accident et que la demande de règlement concerne des frais de soins dentaires liés à un accident**

Date de l'accident : 

( J J / M M M / A A A A )											

Date à laquelle vous avez consulté la première fois pour cette blessure : 

( J J / M M M / A A A A )											

Description du dommage : \_\_\_\_\_

Dents touchées par l'accident : \_\_\_\_\_

Ces dents étaient-elles entières ou saines avant l'accident ? Oui  Non  Si « Non », veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Description du traitement : \_\_\_\_\_

Nom du dentiste :

Adresse du dentiste :

Rue

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

Signature du dentiste \_\_\_\_\_

( J J / M M M / A A A A )											

**Veillez joindre un formulaire normalisé de demande d'indemnisation des soins dentaires, disponible auprès de votre dentiste, complété et signé par votre dentiste pour les traitements dentaires reçus suite à un accident.**