

## DEMANDE DE RÉCLAMATIONS POUR LES FRAIS DE MÉDICAMENTS - CARTE DE PAIEMENT DIRECT

Remarque: Veuillez employer ce formulaire seulement si vous soumettez une demande de réclamation pour des dépenses de médicaments pour lesquels vous n'avez pas été en mesure d'utiliser votre carte de paiement direct. Si votre régime d'assurance collective n'inclut pas de carte de paiement direct, veuillez employer le formulaire *Demande de réclamations d'assurance maladie complémentaire* (N° 466FR), accessible en ligne au [www.equitable.ca](http://www.equitable.ca) ou par le biais du site sécurisé des services en ligne pour membres de régime, à l'adresse [www.equitablehealth.ca](http://www.equitablehealth.ca)<sup>MC</sup>.

### Section 1 - INFORMATION DE L'EMPLOYÉE OU DE L'EMPLOYÉ - L'employé(e) doit inscrire TOUS les renseignements demandés.

Nom de l'employeur:

Nom de l'employé(e):

Adresse de l'employé(e):

Numéro, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

#### N° D'IDENTIFICATION DE LA CARTE PAIEMENT DIRECT





(Assureur)

(N° de contrat)

(N° de certificat)

(N° d'établissement)

**Veuillez remplir et envoyer à :**  
 Télus Solutions en santé  
 Service des règlements  
 5090 Explorer Drive, Suite 1000  
 Mississauga (Ontario) L4W 4X6

 S'agit-il d'un ajustement pour une réclamation déjà payée?  Oui  Non

Si oui, veuillez obtenir l'autorisation de votre administratrice ou administrateur de régime:

### Section 2 - INFORMATION DE LA REQUÉRANTE OU DU REQUÉRANT – VEUILLEZ INSCRIRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS POUR CHAQUE REQUÉRANT(E).

IMPORTANT - N'envoyez que l'original de vos factures de médicaments.

Nom du (de la) patient(e)	Code du (de la) patient(e)*	Date de naissance du (de la) patient(e) (JJ/MM/AA)	Nombre de reçus	Montant

\*CODE/PATIENT(E): Employé(e) = 01; Conjoint(e) = 02; Enfant à charge = 03; Étudiant(e) dépassant l'âge maximal = 04; Personne à charge handicapée = 05

### Section 3 - ÉTUDIANT(E) DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMAL (Code du (de la) patient(e) 04)

Veuillez remplir cette section si votre contrat prévoit une couverture pour étudiant(e) dépassant l'âge maximal:

Nom de l'établissement d'enseignement :

Adresse de l'établissement :

Communiquer avec votre administratrice ou administrateur de régime pour de plus amples renseignements sur cette couverture.

### Section 4 - COORDINATION DES PRESTATIONS

 Votre conjointe ou conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective, d'assurance santé, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental?  Oui  Non Si oui, inscrivez le nom du régime ou de l'assureur en question:

N° de contrat ou de régime:

N° certificat:

Date de naissance du (de la) conjoint(e):

Jour

Mois

Si vous avez soumis cette demande de réclamation à un autre régime d'assurance, vous devez joindre la copie originale du relevé des prestations de ce régime ainsi que les copies de vos reçus.

### Section 5 – DEMANDE DE RÉCLAMATIONS POUR FRAIS ENGAGÉS HORS DU PAYS

Si cette demande de réclamation a trait à des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez remplir cette section :

Dans quel pays les médicaments ont-ils été achetés?

Quelle est la devise de ce pays?

J'atteste que les renseignements indiqués dans ce formulaire sont réels, exacts, et donnés au mieux de ma connaissance. Ces renseignements ont été soumis de plein gré à l'Équitable qui les conservera dans mon dossier et les utilisera pour traiter et régler des réclamations. Je comprends et j'accepte que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les usages décrits ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis à des employés autorisés de l'Équitable, à son réseau de distribution, à toute entité de mutualisation de l'assurance médicaments de l'industrie, à des tierces parties pertinentes, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies d'assurance, à des organismes d'enquête, à des fournisseurs de soins de santé (ce qui inclut sans s'y limiter les pharmaciens, les médecins et les dentistes) ainsi qu'à toute autre personne ou partie que j'aurai autorisée.

Si la demande concerne mon conjoint ou des personnes à ma charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom, et que ce consentement et cette autorisation valent également pour la collecte, l'utilisation et la communication de leurs renseignements personnels pour les mêmes raisons. Je comprends que les réclamations faites dans le cadre de ce contrat d'assurance collective sont envoyées en mon nom en tant que membre du régime. Par conséquent, j'autorise l'Équitable à échanger au besoin les renseignements concernant ces réclamations avec moi ou avec toute personne agissant en mon nom, ce qui comprend mon conjoint ou les personnes à ma charge, dans le but de confirmer l'admissibilité et de traiter la réclamation.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E):

DATE:

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SANS QUOI LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ. CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS. TOUTE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS DOIT ÊTRE ACHÉMINÉE À VOTRE ADMINISTRATRICE OU ADMINISTRATEUR DE RÉGIME OU À VOTRE ASSUREUR.  
 L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada 466PDFR(2012/08/17)