

DEMANDE DE RÈGLEMENT – FRAIS MÉDICAUX ET CCS



N° de groupe		N° de certificat/ID	
Nom de l'entreprise			
Nom de famille du participant		Prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Langue de communication <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
Adresse du participant, n° app.		N° et nom de rue	
Ville	Province	Code postal	
N° de téléphone à domicile		Au travail	
N° de téléphone cellulaire		Courriel	

Est-ce que vos prestations d'assurance maladie collective sont payables d'une autre source? Oui Non

Nom de la compagnie d'assurance N° du contrat N° du certificat

Est-ce que les frais découlent d'un accident? Oui Non Dans l'affirmative, où l'accident est-il survenu? Au travail À la maison Autre

Est-ce que des frais découlent d'un problème couvert par un régime d'indemnisation des accidentés du travail? Oui Non

FRAIS MÉDICAUX (Joindre les reçus originaux pour les frais indiqués ci-dessous; NE PAS agraffer ni fixer les reçus à l'aide de ruban adhésif sur le formulaire de demande.) Veuillez écrire en caractères d'imprimerie.

* Compte de crédits-santé (CCS)
Souhaitez-vous que les soldes impayés de vos demandes de règlement soient payés à partir de votre compte de crédits-santé (CCS)? Oui Non
Dans l'affirmative, cochez « CCS » à côté des dépenses auxquelles cela s'applique.

Nom (participant ou personne à charge assurée)	Lien avec le participant	Date de naissance			Total	CCS
		jour	mois	année		
1)					\$	<input type="checkbox"/>
2)					\$	<input type="checkbox"/>
3)					\$	<input type="checkbox"/>
4)					\$	<input type="checkbox"/>
5)					\$	<input type="checkbox"/>
6)					\$	<input type="checkbox"/>
7)					\$	<input type="checkbox"/>
8)					\$	<input type="checkbox"/>
9)					\$	<input type="checkbox"/>
Total					\$	

Veuillez cocher la case si une partie quelconque des frais ci-dessus s'applique à l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets et que les frais susmentionnés ont été engagés pour des biens et des services que moi-même, mon conjoint ou les personnes à ma charge avons reçus. Je certifie que je suis autorisé à communiquer et à recevoir les renseignements ayant trait à mon conjoint et aux personnes à ma charge dans le but de déterminer et de verser une indemnité, le cas échéant. Je reconnais qu'à moins d'être affectés au fournisseur de services, le remboursement des frais ci-dessus et l'explication des montants versés seront fournis au participant au régime.

J'autorise GroupHEALTH, tout professionnel de la santé, assureur, administrateur d'un programme d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux et tout autre fournisseur de services travaillant avec GroupHEALTH à échanger les renseignements concernant la présente demande de règlement nécessaires à l'administration de mon régime de soins de santé.

Date : _____ Signature du participant : _____

Veuillez soumettre votre formulaire de demande de règlement par courriel à (question@mygrouphealth.ca) ou par la poste à (myGroupHEALTH 626-21 Four Seasons Place, Toronto (Ontario) M9B 0A6). Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au 1 833 344-6944.



Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement à **mygrouphealth.ca** ou à l'aide de l'application **myGroupHEALTH** disponible dans l'App Store d'Apple ou Google Play.