

DEMANDE DANS LE CAS OÙ LE CONJOINT/LES PERSONNES À CHARGE SONT ÉGALEMENT COUVERTS PAR UN AUTRE RÉGIME

Si vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge sont également couverts par un autre régime (par exemple, par le biais de l'employeur de votre conjoint), vous devrez peut-être adresser une demande de prise en charge de frais médicaux et dentaires aux deux régimes. Cette démarche s'appelle la coordination des prestations.

Si la demande vous concerne (si vous êtes le patient) – déposez d'abord votre demande auprès de votre régime de prestations médicales ou dentaires en remplissant le formulaire de demande. Conservez un exemplaire du formulaire. Lorsque l'administrateur de régime aura évalué ou réglé votre demande de prestation, vous recevrez un relevé de prestations écrit. Déposez alors votre demande (accompagnée du relevé et d'un exemplaire de l'original du formulaire de demande) auprès du régime de votre conjoint pour obtenir le remboursement de la portion restante.

Si la demande concerne votre conjoint, (si elle/il est le patient) – déposez votre demande auprès du régime de votre conjoint d'abord. Remplissez le formulaire de demande correspondant à ce régime et conservez-en un exemplaire. Lorsque le régime de votre conjoint aura évalué ou réglé la demande de prestation, vous pourrez l'adresser à l'administrateur de régime à des fins d'évaluation. Envoyez à l'administrateur du régime le relevé des prestations que l'autre régime aura adressé à votre conjoint ainsi que l'exemplaire du formulaire de demande que vous avez conservé. Vous devrez également signer et joindre un formulaire de demande dûment rempli.

Si la demande concerne un enfant à charge, le parent dont la date anniversaire (mois et année) est le plus tôt dans l'année doit soumettre la demande à son régime en premier. L'autre parent doit ensuite soumettre la portion restante de la demande à son propre régime (reportez-vous aux consignes ci-dessus).

La coordination des prestations garantit le remboursement de vos demandes par les deux régimes à concurrence de leur montant total. Il n'est pas prévu que vous receviez un remboursement supérieur aux dépenses médicales/dentaires réellement effectuées. En conséquence, la couverture dont vous bénéficiez au titre d'un autre régime sera prise en compte pour déterminer le montant des prestations payables au titre du présent régime. Par ailleurs, les prestations versées au titre du présent régime seront coordonnées avec celles des autres régimes.

REMARQUE IMPORTANTE :

Le conseil d'administration/employeur a le pouvoir de déclarer une personne inadmissible aux prestations passées, actuelles ou futures et d'engager à son encontre les poursuites qu'il juge nécessaires, y compris refuser l'adhésion au régime à une personne lorsque le conseil d'administration/employeur découvre que cet assuré ou les personnes déposant une demande en tant que ses ayants droits ont abusé du régime, fait de fausses déclarations ou des demandes erronées dans le cadre du régime.

COORDINATION DES FORMULAIRES DE DEMANDE DE PRESTATIONS

Nom du régime ou de l'employeur :	
Votre nom : (veuillez écrire en lettres d'imprimerie)	
Date de naissance :	
Certificat n° :	
Nom du conjoint : (veuillez écrire en lettres d'imprimerie)	

Veuillez remplir la section pertinente ci-dessous

1) **CUMUL DES PRESTATIONS**

Date d'effet de

l'autre régime :

/ /

jj / mm / aaaa

Compagnie d'assurance du conjoint :

Numéro de police du conjoint :

Prestations du conjoint :

Soins de santé :
cochez une case

Soins dentaires :
cochez une case

Ophtalmologie :
cochez une case

Médicaments :
cochez une case

Soins de santé
célibataire

Soins dentaires
célibataire

Soins ophtalmologiques
célibataire

Médicaments célibataire

Soins de santé
famille

Soins dentaires
famille

Soins ophtalmologiques
famille

Médicaments famille

Pas de soins de
santé

Pas de soins
dentaires

Pas de soins
ophtalmologiques

Pas de médicaments

2) **CESSATION DE LA COORDINATION DES PRESTATIONS**

Date d'effet de la

cessation :

/ /

jj / mm / aaaa

Raison de la cessation : _____

ACCORD D'ENTENTE

Je reconnais que, dans le cas où les informations fournies seraient amenées à changer, il est de ma responsabilité d'en aviser l'administrateur de régime par écrit en remplissant et soumettant un formulaire de coordination de prestations modifié.

Par ailleurs, je comprends que toute information erronée ou fausse déclaration peut affecter mon admissibilité aux prestations ainsi que celle des personnes à ma charge dans le cadre du présent régime.

Signature de l'assuré

Date

Administrateur de régime :

Manion, Wilkins & Associates Ltd

500-21 Four Seasons Place, Etobicoke (Ontario)

M9B 0A5

Tél : (416) 234-5044 ou télécopie : (416) 234-2071

