

LE PRÉSENT DOCUMENT CONSTITUE : Une demande de règlement Un plan de traitement/une estimation

PARTIE 1 – Directives

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter à MSH International des demandes de règlement pour frais engagés à l'extérieur du Canada au titre de la protection totale.

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Joignez les reçus des services faisant l'objet de la demande de règlement et conservez une copie pour vos dossiers, car vos reçus originaux ne seront pas retournés.
3. Faites parvenir le tout à MSH International. Voir PARTIE 10.

Toutes les demandes de règlement au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) doivent être soumises par le participant du régime. Il se peut que nous divulguions des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement à votre employeur, à un fournisseur de services ou à une personne agissant en votre nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion de la demande de règlement.

PARTIE 2 – Renseignements sur le participant du régime - Vous devez remplir cette section au complet. Si vous n'êtes pas certain de votre numéro du régime ou de certificat, veuillez consulter votre carte de prestations du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), le site web des Services aux participants du RSSFP de la Canada Vie ou encore la Partie 10 pour obtenir nos coordonnées.

| | | | | | |
|--|-------------------|------------------|------------------|---|--------------------------|
| Nom du régime Régime de soins de santé de la fonction publique | | Numéro du régime | | Numéro de certificat du participant du régime | |
| Nom du participant du régime | | | | | |
| Prénom | | | Nom de famille | | |
| Adresse du participant du régime | | | | | |
| Numéro et rue | | | Ville ou village | | Province/Territoire/État |
| Code postal/Zip | | | | | |
| Pays | Date de naissance | Jour | Mois | Année | |

PARTIE 3 – Coordination des prestations - Remplissez cette section pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations au titre de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime d'assurance pour soins de santé à l'égard des frais présentés au titre de la demande de règlement? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.
 2. À qui appartient l'autre assurance? Moi-même Conjoint ou conjoint de fait Enfant à charge
 Prénom _____ Nom de famille _____
 3. Si l'autre régime d'assurance appartient à votre conjoint ou conjoint de fait et que le demandeur est un enfant à charge, veuillez fournir la date de naissance de votre conjoint ou conjoint de fait Jour Mois
 4. Est-ce que l'autre assurance est également offerte par la Canada Vie? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir : Numéro du régime de la Canada Vie _____ Numéro de certificat _____
 Signature d'autorisation du participant du régime de l'autre assurance : X _____
- * Si l'autre assurance n'est pas offerte par la Canada Vie et que vous avez soumis les frais à votre autre assureur, veuillez joindre à la présente demande de règlement le Détail du règlement (DDR) fourni par l'autre assureur. Un DDR est requis même si l'autre assureur n'a pas versé de prestations.
- ** Nous évaluons les demandes de règlement en utilisant les renseignements que vous avez fournis pendant le processus d'adhésion préalable; toute divergence pourrait retarder notre évaluation de votre demande de règlement.

PARTIE 4 – Renseignements sur votre demande de règlement - Remplissez cette section pour nous fournir des renseignements supplémentaires sur votre demande de règlement.

1. Le traitement est-il nécessaire à la suite d'un accident? Oui Non
 Date de l'accident : Jour Mois Année
 Type d'accident : Véhicule motorisé Milieu de travail Autre, veuillez expliquer. _____

PARTIE 5 – Renseignements sur le demandeur - Remplissez cette section pour tous les frais; une ligne par demandeur.

| Nom du demandeur | | Lien du demandeur avec le participant du régime | | | Date de naissance du demandeur | | | Si l'enfant à charge est âgé entre 21 et 25 ans, étudie-t-il à temps plein? | |
|------------------|----------------|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------|-------|---|--------------------------|
| Prénom | Nom de famille | Moi-même | Conjoint ou conjoint de fait | Enfant à charge | Jour | Mois | Année | Oui | Non |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTIE 6 – Précisions sur la demande de règlement - Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille séparée.

| Nom du demandeur – Prénom et nom de famille | Type de frais | Montant réclamé |
|---|---------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

PARTIE 7 – Frais de soins de la vue - Remplissez cette section seulement si les lunettes/lentilles étaient requises à la suite d'un accident ou d'une chirurgie.

Nom du demandeur : _____

Date de l'accident / la chirurgie :

Précisions sur l'accident / la chirurgie : _____

PARTIE 8 – Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Veuillez consulter l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP (canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html) pour en savoir plus sur le sujet.

En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels ([//laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/](http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/p-21/)), l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site canadavie.com.

PARTIE 9 – Confirmation, autorisation et signature

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires, mon promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Canada Vie, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Je comprends que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Je consens également à ce que la Canada Vie et ses sociétés affiliées utilisent mes renseignements personnels à des fins de gestion et d'analyse des données internes.

Conformément à la page Autorisation et déclaration relatives à l'adhésion avec inscription préalable (bienvenue.canadavie.com/rssfp/passez-en-revue-les-autorisations-et-les-declarations.html) acceptée lors de l'adhésion (si vous avez effectué l'adhésion préalable par formulaire papier, reportez-vous au dossier d'adhésion préalable), je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels comme il est indiqué à la section Protection des renseignements personnels, dans les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie et dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP. Aux fins de révision ou de vérification, ou si je n'ai pas remboursé à la Canada Vie des paiements en trop ou des paiements erronés, je consens à ce que la Canada Vie divulgue les renseignements personnels liés à ces paiements au promoteur du régime, au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et à l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale. Le promoteur du régime/Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les paiements en trop ou les paiements erronés ainsi que les intérêts correspondants (s'il y a lieu) soient retenus des sommes que Sa Majesté me doit, le cas échéant, ou déduits de ces sommes.

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets. J'atteste que tous les biens et services mentionnés dans la présente demande de règlement ont été reçus par moi, mon conjoint ou mes personnes à charge; et que mon conjoint ou mes personnes à charge sont admissibles au titre de mon régime.

La présentation de demandes de règlement frauduleuses est un acte criminel. La Canada Vie prend au sérieux les cas présumés de demandes de règlement frauduleuses. Les demandes de règlement présumées frauduleuses pourraient être signalées à votre employeur ou à votre promoteur du régime, ainsi qu'à l'organisme d'application de la loi pertinent.

Signature du participant du régime X _____ Date

PARTIE 10 – Présentation de votre demande de règlement

Veuillez envoyer votre demande de règlement à MSH International :

EN LIGNE

rssfp-msh.ca

Créez un compte en ligne et téléversez les documents requis. Vos renseignements sont automatiquement enregistrés. Vous pouvez les passer en revue en tout temps.

Des questions? Appelez MSH International :

Appels en Amérique du Nord : composez sans frais le 1 833 774-2700
 Appels internationaux : appelez à frais virés au 1 365 337-7427

PAR LA POSTE

FEE, Canada Vie
 CP 4679, Succursale A
 Toronto ON M5W 6A6



Êtes-vous une personne sourde ou malentendante qui veut accéder à un service de relais des télécommunications?

Veuillez communiquer avec nous :
 Ligne ATS vers téléphoniste : 711
 Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511