

# FORMULAIRE GÉNÉRAL DE SOUMISSION DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Chaque personne doit remplir son propre formulaire de demande de règlement.

**Saviez-vous que la plupart des demandes de règlement peuvent être soumises en ligne  
et que vous pourriez recevoir le paiement de votre demande de règlement plus rapidement grâce au dépôt direct?  
Rendez-vous à [www.securiancanada.ca](http://www.securiancanada.ca) pour plus de détails.**

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME		
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE MEMBRE : Votre préfixe de membre + votre numéro d'identification de membre + Code de dépendant à 2 chiffres (votre préfixe + 1234567)		ADRESSE DE COURRIEL
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ADRESSE		VOTRE PRENEUR DE CONTRAT / ASSOCIATION
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 2 - DÉCLARATION OBLIGATOIRE		
Avez-vous une autre assurance collective qui pourrait couvrir ces services?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si nous sommes votre assureur secondaire, veuillez joindre des copies de votre reçu et de votre relevé d'Explication des prestations de votre assureur principal.		
Si l'autre couverture est fournie par Green Shield Canada, veuillez indiquer le numéro d'identification Securian Canada : _____		
Voulez-vous coordonner cette demande de règlement avec votre autre couverture de Securian Canada?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le traitement est-il requis par suite d'un accident de véhicule automobile? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de l'accident _____		
Indiquez quelles dépenses sont liées à l'accident de véhicule automobile _____		
Ce traitement est-il dû à un accident de travail? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la date de la blessure _____ N° de cas de la CAT _____		
Indiquez quelles sont les dépenses qui résultent de l'accident de travail _____		
Souhaitez-vous coordonner ces demandes de règlement avec votre compte de frais pour soins de santé (le cas échéant)?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez quelle demande de règlement doit être coordonnée avec le CFSS _____		

NOM DU DEMANDEUR	N° D'IDENTIFICATION DE DÉPENDENT Votre numéro d'identification de membre {(ex, ABC1234567-01); numéro d'identification de dépendant; 00 est pour le membre, 01 est pour le ou la conjoint(e), et 02-20 est pour les dépendants}.	DATE DE NAISSANCE		
		JJ	MM	AA

SECTION 3 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT
<p>Chez Securian Canada (« nous », « notre » ou « nos »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « vous », « votre » ou « vos »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérerait comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de Securian Canada ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de Securian Canada qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à <a href="http://www.securiancanada.ca">www.securiancanada.ca</a> qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à <a href="http://www.securiancanada.ca">www.securiancanada.ca</a>. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité en écrivant au bureau de protection de la vie privée de Securian Canada, 25, avenue Sheppard Ouest, unité 1400, Toronto ON M2N 6S6, ou composer 1-888-968-4155 si vous avez une question ou une plainte à formuler.</p>

### SECTION 3 - AUTORISATION ET CONSENTEMENT (SUITE)

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Securian Canada de vos renseignements personnels, y compris toute information d'un médecin, d'un praticien, d'un hôpital, d'une clinique, de tout autre établissement paramédical, d'une compagnie d'assurance ou de réassurance, d'un employeur, d'un promoteur de régime, d'agents ou de fournisseurs de service du promoteur de régime, ou d'une agence d'évaluation du crédit qui détient des renseignements relatifs à un diagnostic, un traitement ou un pronostic concernant un état physique ou mental ou tout traitement qui m'aurait été donné et tout organisme d'application de la loi qui possède des renseignements sur moi comme il est expliqué ci-dessus. En outre, vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et toute autre personne à charge, le cas échéant, vous autorisent à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels et à remettre le présent consentement en matière de protection de la vie privée en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit au bureau de protection de la vie privée de Securian Canada, 25, avenue Sheppard Ouest, unité 1400, Toronto ON M2N 6S6. Toutefois, en agissant de la sorte, Securian Canada ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement. Qu'une photocopie de l'autorisation est aussi valide que l'original.

Nom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### SECTION 4 - INSTRUCTIONS POUR L'ENVOI

**VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX** et conserver des copies pour vos dossiers, puisque les reçus originaux ne seront pas retournés. Envoyez votre demande de règlement à l'adresse correspondante ci-dessous (assurez-vous d'inscrire l'adresse au complet sur l'enveloppe) :

SERVICES PROFESSIONNELS	ARTICLES MÉDICAUX	SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION	MÉDICAMENTS	SOINS DENTAIRES
C.P. 1699 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G6	C.P. 1623 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7B3	C.P. 1615 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7J3	C.P. 1652 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5	C.P. 1608 WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G1

Pour éviter des frais postaux inutiles, veuillez faire parvenir toutes vos demandes de règlement dans une même enveloppe à l'une des adresses ci-dessus.

#### INSTRUCTIONS POUR LA SOUMISSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE SECURIAN CANADA

Veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 866 969-5949 si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire. Assurez-vous de toujours donner votre numéro d'identification Securian Canada au complet, y compris le suffixe (p. ex., ABC1234567-00).

POUR LE TYPE DE GARANTIE (le cas échéant) :	TOUJOURS JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT CI-DESSUS : La liste ci-dessous pourrait comprendre des prestations qui ne sont pas couvertes par votre régime.
Soins auditifs (appareils auditifs)	Reçus détaillés indiquant le nom du réclamant, les services et les dates, le nom et l'adresse de l'audiologiste, ainsi que les renseignements relatifs au prescripteur/distributeur et l'audiogramme.
Services professionnels (physiothérapeute, chiropraticien, massothérapeute, etc.)	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, la date et la nature du traitement, ainsi que les frais pour chaque service. <b>Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin peut être exigée pour certains services professionnels.</b>
Équipement médical durable (y compris les prothèses)	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une description détaillée de l'équipement, le nom et l'adresse du fournisseur, ainsi que la date et les frais pour chaque service. Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin ou une autorisation préalable peuvent être exigées pour certains équipements médicaux.
Orthèses plantaires sur mesure	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, le nom et l'adresse du fournisseur, les frais exigés pour le service, la technique de moulage et la date de réception des orthèses. Une ordonnance comportant le diagnostic ainsi qu'un examen biomécanique ou une analyse de la démarche et une copie de la facture de laboratoire sont exigés. Les documents susmentionnés sont requis, à moins d'indication contraire de la part du promoteur de votre régime.
Hospitalisation	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, le nombre de jours d'hospitalisation en chambre individuelle ou à deux lits, le tarif journalier, ainsi que les dates d'admission et de sortie.
Soins de la vue	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une copie de l'ordonnance pour soins de la vue, une ventilation des frais pour les lentilles et les montures, ainsi que la date de réception ou de paiement intégral des lunettes.
Soins de santé complémentaires – Généralités	Reçus détaillés indiquant le nom du patient, une description détaillée des services ou fournitures, le nom et l'adresse du fournisseur, ainsi que la date et les frais pour chaque service. <b>Une recommandation médicale ou l'ordonnance d'un médecin ou une autorisation préalable peuvent être exigées pour certains types de services ou fournitures.</b>
Couverture hors de la province ou du pays	Communiquez avec le Centre de service à la clientèle au 1 866 969-5949 pour obtenir des instructions détaillées sur la soumission d'une demande de règlement
Soins infirmiers en service privé	Communiquez avec le Centre de service à la clientèle au 1 866 969-5949 pour obtenir des instructions détaillées sur la soumission d'une demande de règlement. Une autorisation préalable est requise pour toutes les demandes de règlement pour des soins infirmiers. Communiquez avec le Centre de service à la clientèle pour obtenir de plus amples renseignements.
Cannabis thérapeutique	Confirmation de réception/d'expédition indiquant le nom du patient, la date de la commande, la ventilation des frais (c.-à-d. coût des ingrédients, taxes, frais d'expédition, rabais appliqués), le nom du prescripteur, le nombre de grammes autorisés par jour, et la date d'expiration du document médical.
Médicaments d'ordonnance	Reçus de médicaments d'ordonnance détaillés de votre pharmacien. <b>Les reçus doivent indiquer le nom du patient, la date du service, le numéro d'ordonnance, le nom du médicament, la quantité délivrée et le numéro d'identification du médicament (DIN).</b> Veuillez noter que les reçus de caisse, les reçus de carte de crédit et de débit ne suffisent pas. Les reçus officiels de pharmacie sont requis. Veuillez communiquer avec votre pharmacie pour obtenir un double exemplaire. Pour les médicaments injectables, veuillez fournir une ventilation de la quantité délivrée, du coût du médicament et des frais d'administration. Si la demande de règlement concerne des services obtenus <b>HORS DU PAYS</b> , veuillez également fournir les renseignements suivants : <b>Nom du pays visité</b> _____ <b>Devise utilisée</b> _____ <b>Nom du médicament</b> _____