

Remplissez la section 1. Remplissez la section 2, s'il y a lieu. Saisissez tous les renseignements concernant la demande à la section 3. Signez la section 4. Envoyez par courrier à Benecaid à l'adresse ci-dessus. S'il manque des renseignements, les demandes ne seront pas traitées et ce formulaire ainsi que les demandes de remboursement vous seront renvoyés sans remboursement. Les champs concernant l'adresse ci-dessous ne sont utilisés qu'à des fins d'identification. Les chèques de remboursement et les lettres de correspondance seront envoyés à l'adresse indiquée dans votre dossier.
Si vous avez changé d'adresse, veuillez avertir Benecaid avant de soumettre votre demande.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYÉ(E)	Nom de l'entreprise :		N° de police		
	Nom de famille :		Prénom :		
	Adresse :		N° d'app. :	C.-P. :	
	Ville :		Province :		Code postal :

2. COORDINATION DES AVANTAGES SOCIAUX	Est-ce que votre conjoint(e) ou vous-même êtes couvert(e) par un autre régime collectif ou une autre assurance santé complémentaire? Si « Oui », veuillez fournir les renseignements suivants :				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Nom du titulaire de la police		Nom de l'assureur		Numéro de police	
	L'une des demandes découle-t-elle d'un des événements suivants : Un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Un accident de la route? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir les renseignements suivants :					
	Nom de la personne blessée		Date de l'accident		La demande concerne-t-elle des indemnités pour accidents du travail?	
			JJ MM AAAA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Options de demande (à remplir si vous avez également un compte de gestion santé ou de réponse santé avec Benecaid)						
<input type="checkbox"/> Je souhaite que TOUTES les dépenses admissibles ci-jointes soient remboursées à partir de mon régime collectif de soins médicaux et dentaires UNIQUEMENT						
<input type="checkbox"/> Je souhaite que TOUTES les dépenses admissibles ci-jointes soient remboursées EN PRIORITÉ à partir de mon régime collectif de soins médicaux et dentaires et que le solde restant soit appliqué à on compte de gestion santé						
<input type="checkbox"/> Je souhaite que TOUTES les dépenses admissibles ci-jointes soient remboursées EN PRIORITÉ à partir de mon régime collectif de soins médicaux et dentaires et que le solde restant soit appliqué à un compte de réponse-santé						

3. RENSEIGNEMENTS POUR LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	Afin de traiter votre demande, le reçu <u>original</u> doit être joint. Si Benecaid est le deuxième payeur, veuillez joindre une photocopie du reçu accompagnée du relevé <u>original</u> des prestations du payeur principal. Conservez les photocopies de vos reçus originaux pour vos dossiers.					
	Nom du/de la patient(e) (personne ayant réglé les frais)	Date de naissance du/de la patient(e)	Lien avec l'employé(e)	Type de dépense (soins dentaires, médicaments, vue, etc.)	Date du service	Montant \$
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	
		JJ MM AAAA			JJ MM AAAA	

TOTAL

4. ATTESTATION	Les renseignements personnels que nous recueillons de votre part sont conservés dans la plus stricte confidentialité et seront utilisés pour évaluer votre demande et pour administrer le régime d'avantages sociaux. Je certifie que les réponses aux questions ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et que les reçus ci-joints représentent une demande de remboursement pour des services que j'ai reçus ou que des personnes à ma charge admissibles ont reçus. Si cette demande est faite au nom de mon/ma conjoint(e) ou d'un enfant à ma charge, je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements les concernant aux fins d'évaluation et de remboursement d'une prestation, s'il y a lieu. J'autorise Benecaid, ses conseillers et ses prestataires de services, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, d'autres compagnies d'assurance, d'autres organismes ou des prestataires de services travaillant avec Benecaid et ses compagnies d'assurance à échanger des renseignements nécessaires à l'évaluation de ma demande et à l'administration du régime d'avantages sociaux. Une photocopie de cette autorisation a la même portée juridique que l'originale pour l'obtention de renseignements. Je reconnais que l'ensemble des coûts liés aux recherches et à la validation des demandes de remboursement, y compris les honoraires et les lettres des médecins, sont à ma charge et ne seront pas payés ni remboursés par Benecaid.	
	Signature :	Signé le : JJ MM AAAA

(Nom de l'employé(e) : _____)

Dans cet accord, les mots « vous », « votre » et « vos » renvoient à la personne qui nous fait une demande, qui adhère ou qui est assurée pour l'un des produits ou services que nous offrons, assurons, réassurons, administrons ou vendons. Les mots « nous », « notre » et « nos » renvoient à

(1) Benecaid Health Benefit Solutions Inc. et Benecaid Insurance Solutions Inc. (collectivement « Benecaid ») et toutes les sociétés affiliées de Benecaid; (2) toute compagnie d'assurances qui assure vos accidents personnels, votre santé, votre vie, vos voyages, vos dents ainsi que toute autre couverture fournie par Benecaid; (3) toute société qui, dans l'avenir, offrira une couverture qui remplacera en tout ou en partie la couverture décrite au point (2) ou toute autre assurance actuellement fournie par Benecaid; (4) toute société qui offre une réassurance à l'une ou l'autre des sociétés nommées aux points (1) à (3); et (5) les fournisseurs de service des sociétés nommées aux points (1) à (4).

Le mot « renseignements » signifie les détails personnels, relatifs à la santé, financiers et autres à votre sujet que vous nous fournissez et que nous obtenons autrement en dehors de notre organisation, notamment par l'intermédiaire des produits et services que vous utilisez.

Vous reconnaissez, vous autorisez et vous acceptez les dispositions suivantes :

COLLECTE DE VOS RENSEIGNEMENTS

Au début de votre relation avec nous et durant le cours de cette relation, nous pouvons recueillir des renseignements directement ou par l'intermédiaire de nos représentants, notamment :

- des détails à votre sujet et sur vos antécédents, y compris vos nom, adresse, date de naissance, profession et d'autres éléments servant à vous identifier, lesquels sont obligatoires en vertu de la loi;
- les renseignements que vous fournissez par l'intermédiaire des processus d'adhésion et de réclamation pour tout produit ou service lié aux assurances; et
- les renseignements pour l'obtention de tout produit ou service lié aux assurances.

Ces renseignements peuvent être recueillis auprès de vous et auprès de sources à l'extérieur de notre organisation, notamment :

- des agences et registres gouvernementaux, des autorités chargées de l'application des lois et des archives publiques;
- de tout professionnel de la santé, d'établissements en lien avec la santé, des compagnies d'assurances ou de toute autre personne ayant connaissance de vos renseignements;
- d'autres fournisseurs de service, agents, courtiers d'assurance et autres organismes avec lesquels vous avez pris des arrangements; d'autres compagnies d'assurances;
- votre employeur; les références que vous avez fournies; et
- les personnes autorisées à agir en votre nom en vertu d'un mandat ou de tout autre instrument juridique.

Vous autorisez ces sources à nous transmettre vos renseignements.

UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ces renseignements peuvent être utilisés aux fins suivantes :

- pour gérer votre assurance et vos comptes en fiducie (le cas échéant); pour prendre contact avec vous;
- pour vérifier votre identité et enquêter sur vos antécédents; pour examiner, statuer, gérer et coordonner vos réclamations;
- pour prendre des dispositions et maintenir les produits liés aux assurances et les autres services que vous pourriez demander; pour nous aider à mieux gérer nos affaires et votre relation avec nous;
- pour évaluer et souscrire une assurance risque, réévaluer les frais médicaux et négocier le paiement des frais de règlement;
- pour mieux comprendre votre situation en matière d'assurances; pour vous offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins; pour déterminer votre admissibilité aux produits et services liés ou non aux assurances que nous offrons;
- pour détecter et prévenir la fraude;
- pour établir des statistiques; pour nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients; et
- tel qu'exigé ou permis par la loi.

DIVULGATION DE VOS RENSEIGNEMENTS

Nous pouvons divulguer vos renseignements, notamment selon les dispositions suivantes :

- à d'autres compagnies d'assurances, institutions financières ou organismes du domaine de la santé;
- à tout professionnel de la santé, à tout établissement en lien avec la santé, à toute compagnie d'assurances ou à toute autre personne qui connaît vos renseignements personnels; aux autorités en matière de santé publique appropriées.
- aux administrateurs, fournisseurs de services, réassureurs et aux assureurs et réassureurs potentiels de nos activités d'assurance, ainsi qu'à leurs administrateurs et leurs fournisseurs de service à ces fins;
- en réponse à une ordonnance d'un tribunal, à un mandat de perquisition ou à toute autre demande que nous jugerons valide;
- en réponse aux demandes de renseignements d'organismes de réglementation, y compris des organismes d'autorégulation dont nous sommes membre ou participant, afin de satisfaire aux exigences légales et réglementaires applicables;
- à nos employés, fournisseurs, agents et autres organismes qui se chargent de la prestation de services pour vous, pour nous ou en notre nom;
- lorsque nous achetons ou vendons une partie ou la totalité d'un de nos secteurs d'affaires ou lorsque nous envisageons pareille transaction;
- lorsque nous percevons une dette ou exécutons une obligation que vous avez à notre égard; et
- là où c'est prescrit par la loi.

Discussions téléphoniques — Il est possible que vos conversations téléphoniques avec nos représentants soient écoutées ou enregistrées afin d'assurer votre protection et la nôtre, d'améliorer le service à la clientèle et de confirmer nos discussions avec vous.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Les renseignements personnels ou les renseignements sur la santé peuvent être recueillis, utilisés, divulgués, transférés, conservés ou traités à l'extérieur du Canada et peuvent donc être soumis aux exigences prévues par la loi dans ces pays. Pour connaître tous les détails concernant la façon dont nous protégeons votre vie privée, vous pouvez nous demander une copie de notre politique de confidentialité.

Veillez lire notre politique de confidentialité pour en savoir davantage sur cet accord et sur nos politiques de confidentialité. Visitez le www.benecaid.com ou prenez contact avec nous pour en obtenir une copie.

Vous reconnaissez que nous pouvons modifier cet accord ainsi que notre politique de confidentialité à l'occasion pour tenir compte de changements législatifs ou d'autres questions pouvant être soulevées. Nous afficherons les mises à jour de cet accord et de la politique de confidentialité sur le site Web indiqué ci-dessus. Vous reconnaissez et déclarez être lié par de telles modifications.

À tout moment, si vous souhaitez retirer votre consentement en vertu de l'une ou l'autre des options de retraits mentionnées dans cet accord, vous pouvez le faire en prenant contact avec nous au : **1 877 797-7448**. Veillez lire notre politique de confidentialité pour obtenir davantage de détails au sujet de vos options de retrait.

Comment puis-je soumettre les demandes de remboursement?

Afin de recevoir le remboursement des frais médicaux et dentaires admissibles, les formulaires suivants ainsi que les documents justificatifs doivent être soumis à Benecaid.

Médicaments sur ordonnance

- Formulaire de demande de remboursement Benecaid avec la signature originale
- Reçu d'ordonnance original officiel informatisé avec la signature ou le tampon du pharmacien

Traitements dentaires

- Formulaire de demande de remboursement Benecaid avec la signature originale
- Formulaire standard original de demande de remboursement des soins dentaires avec la signature ou le tampon du dentiste

Services optiques

- Formulaire de demande de remboursement Benecaid avec la signature originale
- Copie de l'ordonnance originale pour les lunettes ou les lentilles de contact
- Reçu original de paiement

Autres services (c.-à-d. chiropratique, podologue, massothérapeute autorisé, etc.)

- Formulaire de demande de remboursement Benecaid avec la signature originale
- Reçu original du praticien autorisé comprenant les renseignements suivants :
 - Adresse et numéro de téléphone du praticien
 - Nom du praticien autorisé ayant effectué les soins
 - Numéro de licence et attestations d'études du praticien
 - Nom du patient
 - Date du service
 - Montant payé
 - Description du service ou du traitement
 - Signature ou tampon du praticien autorisé ayant effectué les soins

Comment puis-je soumettre une demande lorsqu'il y a deux assurances?

Vous devez tout d'abord envoyer vos demandes de remboursement à l'assurance principale (c.-à-d. vous envoyez vos demandes à Benecaid et les demandes de votre époux/épouse à son assurance). Si une partie de la demande n'est pas remboursée par l'assureur principal, alors la demande doit être transmise à l'autre assureur avec le relevé original des prestations et les copies des reçus. Les demandes de remboursement pour les enfants seront remboursées sous le nom du parent dont la date d'anniversaire de naissance (mois et jour) survient en premier dans l'année. Si les parents ont la même date de naissance, les demandes sont alors basées sur l'ordre alphabétique des prénoms des parents.

Si Benecaid est le deuxième payeur, veuillez joindre une photocopie du reçu accompagnée du relevé original des prestations du payeur principal. Si le relevé des prestations concerne une demande de remboursement de soins dentaires, le relevé doit comprendre les codes de procédure, les codes des dents, la surface des dents et les renseignements du fournisseur de soins. Si le relevé ne comprend pas ces renseignements, veuillez soumettre une photocopie de la demande de remboursement des soins dentaires avec le relevé.

Dois-je conserver une copie de mes reçus originaux?

Conservez toujours les photocopies de vos reçus originaux pour vos dossiers.

À quelle adresse dois-je envoyer mes demandes?

Toutes les demandes et les documents justificatifs doivent être envoyés à Benecaid à l'adresse suivante :

Benecaid Health Benefit Solutions Inc.
%) 'H Y'K YghA U`zVi fYU` ; \$\$
Toronto (Ontario) M9C 5L5