

Remplissez la section 1. Saisissez tous les renseignements concernant la demande à la section 2. Veuillez remplir la section 3 si vous êtes titulaire d'un *compte soins de santé* (CSS). Signez la section 4.

Envoyez par courrier à Benecaid à l'adresse ci-dessus. Les formulaires incomplets ne seront pas étudiés et vous seront retournés sans remboursement. Si vous avez changé vos renseignements bancaires pour le dépôt direct, veuillez avertir Benecaid avant de soumettre votre demande.

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------|----------|------------------|----------------|
| 1. INFO SUR L'EMPLOYÉ(E) | Nom de l'entreprise : | | Numéro du groupe | |
| | Nom de famille : | Prénom : | | ID du client : |
| | Adresse : | | N° d'app. : | C. P. : |
| | Ville : | | Province : | Code postal : |

Veuillez vous assurer que tous les renseignements relatifs au membre et à la réclamation sont fournis. Le défaut de fournir toute l'information pourrait entraîner le retour ou le rejet de votre réclamation.

| 2. INFORMATION SUR LES RÉCLAMATIONS | 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 patient (personne ayant réglé les frais) | Date de naissance du patient | Lien avec l'employé(e) | Type de dépense (soins dentaires, médicaments, vue, etc.) | Date du service | Montant \$ |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | | AAAA MM JJ | | | AAAA MM JJ | |
| | TOTAL | | | | | |

| 3. COMPTE GESTION-SANTÉ | Coordination des prestations pour les titulaires du <i>compte soins de santé</i> seulement | | | |
|--|---|-------------------|------------------|---|
| | Est-ce que vous ou votre conjoint(e) êtes couverts par d'autres régimes d'assurance-maladie? Veuillez fournir les détails ci-dessous. | | | |
| | Nom du titulaire de la police | Nom de l'assureur | Numéro de police | Type de couverture (Individuelle/Couple/ Famille) |
| | | | | |
| | | | | |
| Pour déposer une demande lorsqu'il y a plus d'un assureur : <ul style="list-style-type: none"> • Si vous déposez une demande en votre nom, envoyez d'abord la demande à votre autre assureur, puis fournissez à Benecaid le Formulaire d'explication des prestations original remis par le ou les autres assureurs, ainsi que les copies de vos reçus. • Si vous déposez une demande pour votre conjoint(e), envoyez d'abord la demande à l'autre assureur qui couvre votre conjoint(e) à titre de participant(e), puis fournissez à Benecaid le Formulaire d'explication des prestations original remis par l'autre assureur, ainsi que les copies de ses reçus. • Si vous déposez une demande pour votre enfant, envoyez d'abord la demande pour le parent dont l'anniversaire (mois et jour) arrive le premier dans l'année civile. Si les deux parents ont la même date de fête, vous devez soumettre la demande par ordre alphabétique de prénoms des parents. | | | | |

| | | |
|-------------------|--|--------------------------|
| 4. RECONNAISSANCE | Utilisation de vos renseignements : L'assurance pour laquelle vous souscrivez, ou qui vous a été fournie, est offerte par un assureur (l'« assureur ») et est gérée par Benecaid Health Benefit Solutions Inc. (« Benecaid »). Vous reconnaissez que Benecaid et l'assureur peuvent recueillir, utiliser ou divulguer vos renseignements personnels de la manière prévue dans l'accord de confidentialité ci-joint. | |
| | Vous reconnaissez que vous fournirez des renseignements au sujet de votre conjoint(e) ou de vos enfants à charge seulement si ceux-ci vous en ont donné la permission, et s'ils ont donné leur consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements de la manière prévue dans l'accord de confidentialité ci-joint. Certification : Vous certifiez que l'information fournie est véridique, correcte et au meilleur de votre connaissance, et que les reçus ci-joints représentent une demande de remboursement pour des services que vous avez reçus ou que des personnes à votre charge admissibles ont reçus. Coûts : Vous comprenez que tous les coûts relatifs à l'étude et à la validation des réclamations, y compris ceux liés à l'obtention de notes et aux frais du médecin sont à votre charge et ne seront pas payés ni remboursés par Benecaid ou l'assureur, le cas échéant. Communication : Vous consentez à ce que Benecaid communique avec vous par courriel. Copies : Vous reconnaissez qu'une photocopie ou qu'une copie électronique de cette section a la même portée juridique que l'originale. | |
| Signature : | | Signé le : AAAA MM JJ |

(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'autoréglementation 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.

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. Tous les chèques de remboursement ou dépôts directs sont assujettis à des **frais de traitement de 3,75 \$** :

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

Services paramédicaux (p. ex., chiropratique, podologie, massothérapeute autorisé, etc.)

- Formulaire de demande de remboursement Benecaid avec la signature originale
- Reçu original du praticien autorisé comprenant les renseignements suivants :
 - Praticien, nom, adresse et numéro de téléphone de la clinique
 - 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

Qu'arrive-t-il si Benecaid est le deuxième payeur?

Si Benecaid est le deuxième payeur, veuillez joindre une photocopie du reçu accompagnée du relevé original des prestations du payeur principal.

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.
À l'attention du : Service des réclamations
185, The West Mall, bureau 800
Toronto (Ontario) M9C 5L5**