

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR LES FRAIS DE SOINS MÉDICAUX

- DIRECTIVES**
- Remplissez ce formulaire pour **tous** les frais et services médicaux. Pour les frais dentaires, remplissez le *formulaire de demande de règlement de soins dentaires*.
  - Veillez écrire lisiblement et assurez-vous de remplir toutes les sections requises. Un formulaire incomplet peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande.
  - Joignez à la demande les reçus **originaux** de tous les frais engagés et conservez une copie pour vos dossiers.
  - Signez et datez le formulaire et le retournez à Coughlin & associés ltée pour le traitement.

**Adresse postale** Tél.: 204-942-4438  
CP 764 1-888-204-1234  
Winnipeg, MB R3C 2L4 Téléc.: 204-942-2741  
Courriel: winnclaims@coughlin.ca www.coughlin.ca

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE					
Nom du promoteur du régime/Nom du groupe			Numéro de membre/NIP		
Nom de famille du membre	Prénom du membre	Initiale du membre	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Adresse postale		Ville	Province	Code postal	
Adresse courriel	Téléphone primaire	Téléphone secondaire	Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	

2. COORDINATION DES PRESTATIONS Comment soumettre une demande de règlement lorsqu'il y a deux régimes				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentez les demandes de règlement pour vous au titre de votre régime en premier. Lorsque vous recevez le relevé des prestations versées, présentez une copie du relevé et des reçus au régime de votre conjoint(e) pour demander le règlement de la fraction impayée.</li> <li>Présentez les demandes de règlement pour votre conjoint(e) au titre du régime de votre conjoint(e) en premier. Présentez ensuite à votre régime une copie du relevé des prestations et des reçus.</li> <li>Présentez les demandes de règlement pour vos enfants en premier lieu au régime du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) est le plus tôt dans l'année civile.</li> </ul>				
Les frais engagés sont-ils liés à un accident du travail ET admissibles à des prestations au titre d'un régime d'indemnisation des accidents du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez soumettre ces frais au régime d'indemnisation des accidents du travail de votre province.				
Des frais ou des soins sont-ils admissibles en vertu d'un autre régime d'assurance collective, d'un régime d'assurance-maladie ou d'un régime gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, qui est le membre de cet autre régime? Nom _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____ Lien avec le membre _____				
Si votre autre régime d'avantages sociaux est établi par Coughlin, voulez-vous que nous traitions la demande au titre des deux régimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, confirmez les renseignements suivants:				
Nom du promoteur du régime/Nom du groupe	Nom de famille	Prénom	Numéro de membre/NIP	Signature

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT En ce qui concerne les frais d'équipement et d'appareils, une recommandation écrite du médecin traitant est requise, y compris le diagnostic et une copie du relevé de paiement du régime provincial (le cas échéant).							
Nom de famille du patient	Prénom du patient	Type de frais	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec le membre	Étudiant(e) à temps-plein	Enfant handicapé	Somme demandée
		<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Soins de la vue			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
		<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Soins de la vue			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
		<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Soins de la vue			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
		<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Soins de la vue			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$

4. FRAIS DE SOINS DE LA VUE Remplissez seulement si vous présentez des frais de soins de la vue			
S'agit-il d'une nouvelle ordonnance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cocher une case (le cas échéant)	<input type="checkbox"/> Lunettes de protection pour le travail <input type="checkbox"/> Lunettes de soleil sur ordonnance	<input type="checkbox"/> À la suite d'une chirurgie de la cataracte (joindre la recommandation du médecin)

5. COMPTE DE FRAIS DE SOINS DE LA SANTÉ Remplissez seulement si vous avez cette garantie
Je confirme que je suis éligible à un remboursement des frais indiqués en vertu de mon compte de frais de soins de la santé. Je comprends que mon compte de frais de soins de la santé sera automatiquement utilisé pour la partie des frais qui ne sont pas remboursée en vertu de mon régime d'assurance collective, à moins que je précise ci-dessous que je ne souhaite pas utiliser mon compte de frais de soins de la santé. Je comprends que je dois d'abord soumettre ma demande en utilisant la coordination des prestations avec le régime de mon (ma) conjoint(e), le cas échéant. <input type="checkbox"/> Je ne désire pas utiliser mon compte de frais de soins de la santé

6. AUTRES RENSEIGNEMENTS
Joignez les reçus originaux à la présente et conservez une copie pour vos dossiers. Ces originaux ne vous seront pas retournés. Votre relevé des prestations et les copies de vos reçus seront suffisants aux fins des coordinations des prestations. Les demandes de règlement DOIVENT être soumises au plus tard à la période définie dans votre livret des garanties.

7. AUTORISATION ET DÉCLARATION
J'autorise Coughlin et associés ltée (« Coughlin ») de recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels me concernant avec les personnes, organisations ou parties suivantes: les fournisseurs de soins de santé; compagnies affiliées à Coughlin; institutions financières; les organismes gouvernementaux; compagnies d'assurance et leurs réassureurs et / ou fournisseurs de services; employeurs ou ex-employeurs; mon syndicat, les fiduciaires et les vérificateurs du régime aux fins de l'administration du régime, la vérification, l'évaluation, la recherche, la gestion des sinistres, la tarification, et pour déterminer l'admissibilité au régime (le cas échéant). En fournissant des renseignements personnels au sujet de mon(ma) conjoint(e) et / ou personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. Je reconnais qu'une photocopie ou une copie électronique de cette section est aussi valide que l'originale. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature du membre	Date (aaaa/mm/jj)
---------------------	-------------------

**Protection de vos renseignements personnels :** Coughlin reconnaît le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Nous nous sommes engagés à protéger la confidentialité, la précision et la sécurité des renseignements personnels. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons et conservons un dossier confidentiel chez nous ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par nous. Les renseignements personnels sont conservés en lieu sûr. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons les renseignements personnels pour administrer le régime. Vous pouvez exercer certains droits d'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier, et si approprié, faire corriger les renseignements inexacts en faisant parvenir une demande écrite à Coughlin. Pour obtenir des renseignements au sujet de notre politique sur la protection des renseignements personnels, visitez notre site web à [www.coughlin.ca](http://www.coughlin.ca), ou écrivez à notre agent responsable de la protection des renseignements personnels, par la poste, ou par courriel à [privacy@coughlin.ca](mailto:privacy@coughlin.ca).