

DEMANDE DE RÈGLEMENT DES FRAIS DE SOINS MÉDICAUX

Expédier tout formulaire ou demande de renseignements à :



COUGHLIN

spécialistes des avantages sociaux

Coughlin & associés ltée est une entreprise de People Corporation

Adresse postale :
CP 3517 Succ C
Ottawa ON K1Y 4H5

Bureau d'Ottawa :
466 chemin Tremblay
Ottawa ON K1G 3R1

Tél. :
613-231-8540
1-877-768-3378

Courriel :
ottclaims@coughlin.ca
www.coughlin.ca

Télécopieur :
613-231-6180

Participant au Régime - Assuré

Groupe ou employeur _____

N° d'identification personnel _____

Nom complet du participant _____

Date de naissance

a	m	j
---	---	---

Adresse _____

Langue privilégiée Anglais Français

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone à la maison _____ N° de téléphone au bureau _____ poste _____

Des frais ou des soins sont-ils admissibles en vertu d'une autre assurance collective, de la Commission des accidents du travail, de la Commission de la santé et sécurité du travail ou d'un régime d'assurance de l'État ?

NON OUI

Dans l'affirmative, qui participe à cet autre régime ? Nom _____ Date de naissance

a	m	j
---	---	---

 Lien de parenté avec le participant _____

Nom de l'autre assureur ou régime _____ N° de police _____ N° de certificat _____

Personnes à charge Remplir la présente section si vous demandez un remboursement pour une personne à charge.

Pour la coordination des prestations, les enfants demandent un remboursement en vertu du régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient le plus tôt dans l'année civile.

Nom	Prénom	Date de naissance	À remplir si la personne à charge a 21 ans ou plus			
Conjoint	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	Nom de l'école _____ Période d'inscription actuelle ou la plus récente _____
a	m	j				
Enfant (s)	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Autre (décrire) _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Autre (décrire) _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				
<input type="checkbox"/> Autre (décrire) _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	
a	m	j				

Médicaments Joindre les reçus originaux contenant le numéro d'identification de médicament (DIN) et le nom du médicament.

Soins de la vue Joindre les reçus originaux détaillés

Date de paiement final

a	m	j
---	---	---

 Coût des verres \$ _____

S'agit-il d'une nouvelle ordonnance ? OUI NON Coût de la (des) monture(s) \$ _____

SINON, préciser la raison du remplacement _____ Frais d'exécution de l'ordonnance des verres \$ _____

Cocher une case Cocher une case (le cas échéant)

Simple À double foyer Verres de sécurité pour métier

Lentilles cornéennes À triple foyer Verres fumés sous ordonnance

Autres (donner les détails) \$ _____

Joindre les reçus originaux. Par suite d'une chirurgie pour cataracte (joindre la recommandation du médecin) Total des frais \$ _____

Autres frais Joindre les reçus originaux détaillés En ce qui concerne les frais d'équipement et d'appareils, Coughlin & associés ltée exige une recommandation écrite du médecin traitant, notamment le diagnostic, et copie du relevé de paiement (au besoin) du régime provincial.

Nature des frais	Date d'engagement des frais	Recommandé par : Nom du médecin	Montant \$			
_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	_____	_____
a	m	j				
_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	_____	_____
a	m	j				
_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	_____	_____
a	m	j				
_____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>a</td><td>m</td><td>j</td></tr></table>	a	m	j	_____	_____
a	m	j				

J'autorise Coughlin & 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 et les vérificateurs du régime; et l'administrateur du régime Coughlin pour l'administration, la vérification, l'évaluation, la recherche, la gestion des sinistres, la tarification, et pour déterminer l'admissibilité au régime. En fournissant des renseignements personnels au sujet de mon conjoint 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 la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'originale. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Date

a	m	j
---	---	---

 Signature du (de la) participant(e) _____

Le respect de vos renseignements personnels Coughlin & associés ltée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements 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.