

Demande de règlement d'assurance soins médicaux

Par courriel : claims.inquiries@peoplecorporation.com

Par la poste : 1403 Kenaston Blvd., Winnipeg (Manitoba) R3P 2T5

Question : 1 800 875-7982

Les renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous sont conservés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisés que pour évaluer votre demande de règlement. Veuillez consulter votre carte d'avantages sociaux pour connaître votre numéro de groupe et votre numéro de certificat. Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez consulter les instructions incluses.

Renseignements sur les participants au régime

Nom : _____ Date de naissance : _____

Courriel : _____

N° de groupe : _____ N° de certificat : _____

Coordination des prestations

Avez-vous droit, vous ou les personnes à votre charge,
à des prestations au titre d'un autre régime? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements relatifs au deuxième payeur :

Nom du participant au régime : _____ Date de naissance : _____

Compagnie d'assurance : _____

N° de groupe : _____ N° de certificat : _____ Date d'entrée en vigueur de la couverture : _____

Frais déclarés

L'un des services faisant l'objet de la demande de
règlement est-il requis à la suite d'un accident? Oui Non

Demandez-vous des dommages et intérêts à un tiers?
Si oui, veuillez joindre les détails. Oui Non

Si les prestations doivent être attribuées à un prestataire précis, veuillez joindre une lettre de cession du prestataire ainsi que la signature originale du participant.

Payez le solde en utilisant mon compte de gestion santé
(CGS) si j'y ai droit et sous réserve d'un solde du CGS suffisant? Oui Non

Remarque : veuillez vous assurer que ces dépenses ont été soumises pour remboursement à tous les régimes d'assurance aux termes desquels ces dépenses peuvent être admissibles avant de soumettre une demande de règlement au titre de votre CGS.

Détails de la demande de règlement

| | | |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Nom du patient | Date de naissance | Lien avec le participant au régime |
| Type de service | Date du service | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Nom du patient | Date de naissance | Lien avec le participant au régime |
| Type de service | Date du service | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Nom du patient | Date de naissance | Lien avec le participant au régime |
| Type de service | Date du service | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |

Je certifie que moi-même et/ou les personnes à ma charge avons engagé ces frais et que les informations fournies sont, à ma connaissance, véridiques, correctes et complètes, et que les reçus ci-joints représentent une demande de remboursement pour des services. J'autorise La Corporation People, les prestataires de soins de santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs de régimes d'avantages sociaux et les prestataires de services à échanger des renseignements personnels, si nécessaire, pour le traitement des demandes que je sou mets et l'administration de ce régime d'avantages sociaux. Une photocopie de ce document est aussi valable que l'original. Si je sou mets une copie de ce document de demande de règlement, je conserverai tous les reçus et documents originaux pendant trois ans à compter de la date de sou mission. Je comprends que La Corporation People a le droit de demander ces reçus originaux et d'auditer cette demande de règlement à tout moment au cours de la période de trois ans et peut demander un remboursement s'il s'avère que la documentation n'est pas complète ou que la demande est inexacte.

Signature du participant au régime

Date

Instructions

Si vous soumettez un formulaire de demande de règlement sur papier, vous devez inclure tous les reçus originaux. Conservez une copie des reçus pour vos dossiers, car La Corporation People ne vous les renverra pas. Les photocopies de reçus ne sont acceptables que si l'une des situations suivantes s'applique :

- Si vous demandez le remboursement de frais pour votre conjoint et que celui-ci est couvert par un autre régime d'assurance soins médicaux, vous devez d'abord soumettre la demande de règlement au régime de votre conjoint.
- Si vous et votre conjoint bénéficiez tous deux d'une protection des soins de santé, vos enfants doivent faire une demande de règlement au titre du régime du parent dont l'anniversaire (mois et jour) est le premier à survenir dans l'année civile. (Par exemple, si votre anniversaire est le 1^{er} mai et celui de votre conjoint le 5 juin, vos enfants présenteront leur demande de règlement au titre de votre régime d'abord)
- Si vous avez soumis l'original du reçu à votre autre compagnie d'assurance, veuillez fournir les renseignements suivants :
 - des photocopies de toutes les factures et de tous les reçus de paiement
 - le relevé original de l'autre compagnie d'assurance

Si vous envoyez une télécopie ou une demande de règlement numérisée par courriel, vous devez fournir des copies de tous les reçus et vous pouvez conserver les originaux pour vos dossiers. Conservez les documents originaux pendant au moins trois ans, car La Corporation People se réserve le droit d'auditer toutes les demandes de règlement jusqu'à trois ans après la date de soumission. Si vous avez d'abord présenté vos reçus à une autre compagnie d'assurance, vous devez fournir :

- des photocopies de toutes les factures et de tous les reçus de paiement
- le relevé de l'autre compagnie d'assurance

Toutes les demandes de règlement doivent être accompagnées de relevés détaillés et de reçus et doivent comprendre :

- le nom et le prénom du demandeur
- une description de l'article acheté ou du service fourni
- la date de chaque achat ou service
- le montant facturé pour chaque achat ou service
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur

Les demandes de règlement doivent parvenir à notre bureau avant la date limite de présentation de la demande indiquée dans la section « Dispositions générales » de votre livret des prestations.

Un relevé des explications des prestations indiquant comment la demande de règlement a été évaluée sera affiché dans le portail des demandes de règlement de La Corporation People. Les participants au régime qui ne se sont pas inscrits au portail des demandes de règlement de La Corporation People recevront le relevé des explications des prestations par la poste. Ce relevé est le seul document qui sera publié concernant le traitement de la demande de règlement. Si des copies des relevés sont demandées, des frais supplémentaires peuvent être appliqués. Les demandes de règlement admissibles seront payées par chèque ou par dépôt direct. Le paiement peut être effectué à un prestataire si les prestations ont été cédées.

Afin d'autoriser et de demander le dépôt direct des paiements des prestations, vous devez remplir et soumettre un formulaire de demande de règlement automatisé que vous trouverez à l'adresse www.peoplecorporation.com ou sur le portail des demandes de règlement de La Corporation People.

Les demandes de règlement de soins hospitaliers doivent être soumises par le biais d'un formulaire de demande de règlement de soins hospitaliers accessible auprès de l'hôpital qui a fourni les services. Si les dépenses sont dues à une urgence médicale alors que vous étiez à l'extérieur de la province où vous vivez, veuillez communiquer avec La Corporation People pour obtenir du soutien lors de la soumission d'une demande de règlement au titre d'une couverture des soins médicaux d'urgence.

Certains services peuvent nécessiter la soumission de renseignements supplémentaires pour que la demande de règlement soit traitée. Veuillez consulter le livret du participant au régime pour connaître les exigences précises de votre régime. Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande de règlement, veuillez vous assurer que toutes les sections du formulaire de demande sont remplies.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire ou pour plus de renseignements sur votre régime, appelez-nous au 1 800 875-7982.