

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :

Assurance individuelle : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404

Assurance collective : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236.

Télécopieur : 450 778-2519 / Courriel : Prestation.Sante@humania.ca / **Site Internet** : www.humania.ca

Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

IMPORTANT

1. Si possible, veuillez attendre que les frais engagés atteignent au moins 100 \$ ou l'équivalent de votre franchise avant de présenter une demande de règlement.
2. Pour tout montant exceptionnellement élevé (500 \$ et plus), veuillez soumettre au préalable une estimation écrite afin que nous puissions vérifier l'admissibilité de votre demande de règlement.
3. Annexer les originaux de vos reçus et conservez les copies pour vos dossiers. Tous les reçus seront détruits. Le relevé des prestations ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et la coordination des prestations.

Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

Partie A – Renseignements généraux

Police n° _____ Certificat n° _____ Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)

M. Mme Mlle Nom _____ Prénom(s) _____

Adresse (n°, rue) _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone _____ Langue Fr. Ang.

Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent) _____

Partie B – Dépendants – À compléter seulement si vous réclamez pour un nouveau dépendant ou lors d'un changement.

Nom	Prénom	Date de naissance

IMPORTANT

Si vous réclamez pour un enfant à charge, âgé de 21 ans et plus, qui est étudiant à plein temps dans une maison d'éducation reconnue, veuillez nous faire parvenir une preuve d'études.

Partie C – Coordination des prestations – Veuillez remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur.

Comment réclamer lorsqu'il y a deux assureurs : votre conjoint doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être présentées d'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe le plus tôt dans l'année civile. Si les demandes ont déjà été soumises à un autre assureur, veuillez fournir à Humania Assurance le détail des prestations versées ainsi que des copies des reçus.

Nom de la compagnie d'assurances collectives de votre conjoint	Police n°	Certificat n°
--	-----------	---------------

Protection : **Assurance maladie** Individuelle
 Familiale

Soins dentaires Individuelle
 Familiale

Date d'effet de la coordination des prestations (JJ/MM/AAAA)

Date de terminaison de la coordination des prestations (si applicable) (JJ/MM/AAAA)

Veuillez remplir le verso.

Déclaration du réclamant (suite)**Partie D – Frais médicaux****Médicaments**

Les reçus doivent indiquer le nom du patient, le nom du médicament et le numéro d'identification du médicament (DIN).

Montant total de vos reçus de médicaments _____ \$

Soins médicaux et paramédicaux

Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer la date de chaque visite ou examen ainsi que les coûts connexes. Consultez votre livret afin de connaître votre protection concernant les soins professionnels (chiropraticien, physiothérapeute et autres). Veuillez joindre la recommandation médicale lorsque requis par votre contrat.

Montant total de vos reçus de soins médicaux et paramédicaux _____ \$

Soins visuels

Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer séparément les coûts de lentilles cornéennes, des verres correcteurs, de la monture, de l'examen de la vue et la date de celui-ci.

Montant total de vos reçus de soins visuels _____ \$

Partie E – Budget Santé – Dentaire – Si vous avez cette couverture, veuillez cocher les options désirées.

Si aucune case n'est cochée, la demande sera traitée sous votre couverture de base et aucune demande de révision de cette option ne pourra nous être soumise par la suite. Seuls les frais médicaux reconnus par la loi fédérale de l'impôt sont admissibles.

1. Je ne désire pas utiliser mon Budget Santé – Dentaire
2. **Partie des frais non admissibles** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective : Montant à appliquer : _____ \$
3. **Couverture familiale du conjoint** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations) : Montant à appliquer : _____ \$
4. **Soins qui exigent une recommandation médicale** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour ces frais lorsque je n'ai pas de recommandation médicale : Montant à appliquer : _____ \$

Partie F – Frais reliés à un accident**Description de l'accident (date, heure, lieu, circonstances de l'accident)**

Est-ce qu'une partie de ces frais a fait l'objet d'une demande auprès d'un régime gouvernemental (CSST, SAAQ, IVAC, ...) ? Oui Non

Partie G – Autorisation et déclaration du participant

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance Inc. tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance Inc. à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance Inc. pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Nom (en lettres d'imprimerie)

Signature

Police n°

Date (JJ/MM/AAAA)

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :

Assurance individuelle : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404

Assurance collective : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236.

Télécopieur : 450 778-2519 / Courriel : Prestation.Sante@humania.ca / **Site Internet** : www.humania.ca

Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

IMPORTANT

1. Si possible, veuillez attendre que les frais engagés atteignent au moins 100 \$ ou l'équivalent de votre franchise avant de présenter une demande de règlement.
2. Pour tout montant exceptionnellement élevé (500 \$ et plus), veuillez soumettre au préalable une estimation écrite afin que nous puissions vérifier l'admissibilité de votre demande de règlement.
3. Annexer les originaux de vos reçus et conservez les copies pour vos dossiers. Tous les reçus seront détruits. Le relevé des prestations ainsi que les copies de vos reçus sont suffisants aux fins de l'impôt sur le revenu et la coordination des prestations.

Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

Partie A – Renseignements généraux

Police n° _____ Certificat n° _____ Date de naissance _____ (JJ/MM/AAAA)

M. Mme Mlle Nom _____ Prénom(s) _____

Adresse (n°, rue) _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ N° de téléphone _____ Langue Fr. Ang.

Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent) _____

Partie B – Dépendants – À compléter seulement si vous réclamez pour un nouveau dépendant ou lors d'un changement.

Nom	Prénom	Date de naissance

IMPORTANT

Si vous réclamez pour un enfant à charge, âgé de 21 ans et plus, qui est étudiant à plein temps dans une maison d'éducation reconnue, veuillez nous faire parvenir une preuve d'études.

Partie C – Coordination des prestations – Veuillez remplir cette section si les frais engagés sont couverts par le régime d'un autre assureur.

Comment réclamer lorsqu'il y a deux assureurs : votre conjoint doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Dans le cas des enfants à charge, les demandes doivent être présentées d'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe le plus tôt dans l'année civile. Si les demandes ont déjà été soumises à un autre assureur, veuillez fournir à Humania Assurance le détail des prestations versées ainsi que des copies des reçus.

Nom de la compagnie d'assurances collectives de votre conjoint	Police n°	Certificat n°

Protection : **Assurance maladie** Individuelle
 Familiale

Soins dentaires Individuelle
 Familiale

Date d'effet de la coordination des prestations (JJ/MM/AAAA)

Date de terminaison de la coordination des prestations (si applicable) (JJ/MM/AAAA)

Veuillez remplir le verso.

Déclaration du réclamant (suite)**Partie D – Frais médicaux****Médicaments**

Les reçus doivent indiquer le nom du patient, le nom du médicament et le numéro d'identification du médicament (DIN).

Montant total de vos reçus de médicaments _____ \$

Soins médicaux et paramédicaux

Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer la date de chaque visite ou examen ainsi que les coûts connexes. Consultez votre livret afin de connaître votre protection concernant les soins professionnels (chiropraticien, physiothérapeute et autres). Veuillez joindre la recommandation médicale lorsque requis par votre contrat.

Montant total de vos reçus de soins médicaux et paramédicaux _____ \$

Soins visuels

Les reçus doivent indiquer le nom et l'adresse du spécialiste et indiquer séparément les coûts de lentilles cornéennes, des verres correcteurs, de la monture, de l'examen de la vue et la date de celui-ci.

Montant total de vos reçus de soins visuels _____ \$

Partie E – Budget Santé – Dentaire – Si vous avez cette couverture, veuillez cocher les options désirées.

Si aucune case n'est cochée, la demande sera traitée sous votre couverture de base et aucune demande de révision de cette option ne pourra nous être soumise par la suite. Seuls les frais médicaux reconnus par la loi fédérale de l'impôt sont admissibles.

1. Je ne désire pas utiliser mon Budget Santé – Dentaire
2. **Partie des frais non admissibles** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour la partie des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance collective : Montant à appliquer : _____ \$
3. **Couverture familiale du conjoint** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour moi et mes enfants à charge pour la portion des frais qui n'est pas remboursée par mon assurance de base. Je ne soumettrai pas une demande de prestations à l'assureur de mon conjoint (coordination des prestations) : Montant à appliquer : _____ \$
4. **Soins qui exigent une recommandation médicale** – Je désire utiliser mon Budget Santé – Dentaire pour ces frais lorsque je n'ai pas de recommandation médicale : Montant à appliquer : _____ \$

Partie F – Frais reliés à un accident**Description de l'accident (date, heure, lieu, circonstances de l'accident)**

Est-ce qu'une partie de ces frais a fait l'objet d'une demande auprès d'un régime gouvernemental (CSST, SAAQ, IVAC, ...) ? Oui Non

Partie G – Autorisation et déclaration du participant

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à Humania Assurance Inc. tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance Inc. à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de ma demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance Inc. pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Nom (en lettres d'imprimerie)

Signature

Police n°

Date (JJ/MM/AAAA)