

# FIDUCIE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA SECTION LOCALE 2002 DES UNIFOR

## RELEVÉ DES DÉPENSES COUVERTES - COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

**SEULES SONT ADMISSIBLES LES DÉPENSES ENCOURUES À COMPTER DU 1ER AOÛT 2023 JUSQU'AU 31 JUILLET 2024.**

**LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES AU BUREAU DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME, CANADIAN BENEFITS JUSQU'À MIDI (HEURE DE L'EST) 31 JUILLET 2024.**

**MONTANT MAXIMUM DES CRÉDITS DISPONIBLES : 300 \$ PLEIN TEMPS / 150 \$ TEMPS PARTIEL**

### FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MEMBRE : Envoyer les reçus

pour chaque dépense dont le remboursement est demandé.

Toutes les dépenses admissibles en vertu de votre régime collectif d'assurance DOIT d'abord être soumis à l'assureur du régime collectif d'assurance.

Pour demander le remboursement de toute partie non payée de votre demande, vous devez soumettre une copie de vos reçus avec le relevé de prestations montrant la date de prestation de Claims Secure ou Sunlife .

|                             |              |                   |             |       |
|-----------------------------|--------------|-------------------|-------------|-------|
| NOM DU MEMBRE               | N° d'EMPLOYÉ | DATE DE NAISSANCE |             |       |
|                             |              | Jour              | Mois        | Année |
| ADRESSE DU MEMBRE           |              |                   |             |       |
| NUMÉRO ET RUE               | VILLE        | PROVINCE          | CODE POSTAL |       |
| ADRESSE COURRIEL DU MEMBRE: |              |                   |             |       |

Veillez indiquer votre statut d'emploi actuel :  Plein temps  Temps partiel

Recevez-vous des prestations d'un autre programme collectif?  Oui  Non

Si oui, joindre une copie du relevé de paiement émis par une autre compagnie d'assurance.

Lorsqu'une dépense concerne un enfant âgé de plus de 18 ans, joindre une copie du formulaire d'inscription dans un établissement scolaire (pour l'année en cours)

Lorsqu'une demande de remboursement concerne un parent, joindre une copie du plus récent formulaire d'impôts sur le revenu.

| PRÉNOM / RELATION | DATE DE NAISSANCE | DATE DE LA DÉPENSE | NOM OU CODE DIN DU MÉDICAMENT OU AUTRE TYPE DE DÉPENSE | MONTANT FACTURÉ |
|-------------------|-------------------|--------------------|--|-----------------|
|                   | J M A             |                    |  |                 |
|                   |                   |                    |  |                 |
|                   |                   |                    |  |                 |
|                   |                   |                    |  |                 |

### DEMANDE DE VIREMENT AUTOMATIQUE POUR PRESTATION CDS

Pour demander un virement automatique, veuillez joindre un formulaire de chèque portant la mention "NUL" avec la demande ou compléter les renseignements ci-dessous.

**VEUILLEZ NOTER QUE LE REMBOURSEMENT SERA EFFECTUE PAR DEPOT DIRECT SEULEMENT. AUCUN CHEQUE NE SERA EMIS.**

No Succursale      No Institution      No Compte

### Canadian Benefits Consulting Group

Canadian Benefits Consulting Group s'engage à protéger la confidentialité, l'exactitude et la sûreté de toute information personnelle recueillie, utilisée/divulguée dans le cadre de ses activités.

Je certifie par la présente que l'information fournie sur ce formulaire est véridique, complète et exacte, et que chaque dépense de la liste a été encourue pour un traitement médical de la personne identifiée ci-dessus. J'ai été informé que la soumission d'informations inexacts ou incomplètes peut susciter un retard de traitement ou le refus d'un paiement. J'autorise toute personne physique ou morale (médecin, dentiste ou autre prestataire de soins et/ou établissement prestataire de services ou compagnie d'assurance ou autre organisation) en possession d'informations médicales ou autres informations personnelles pertinentes à l'égard de moi-même ou de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge à divulguer ou échanger avec le commanditaire du programme Canadian Benefits ou leur représentant et/ou mandataire toute information nécessaire pour la vérification et la confirmation de la validité de cette demande de remboursement. Je confirme que je suis autorisé à agir à ces fins au nom de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification et l'administration de toute prestation; je suis informé que la fourniture de mon information d'identification et la divulgation à cette fin sont facultatives et ne constituent pas une condition de fourniture des services, et que je suis en droit de ne pas accorder mon autorisation ou de résilier celle-ci. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

DATE : \_\_\_\_ MOIS \_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_      SIGNATURE DU MEMBRE : \_\_\_\_\_

Transmettre la demande de remboursement à :



(416) 488-7755 1-800-268-0285

Fax: (416) 488-7774 / Courriel: gidip@canben.com