

FORMULAIRE GÉNÉRAL DE RÉCLAMATION Un formulaire par personne

INSTRUCTIONS

1. Remplissez les pages 1 et 2 du présent formulaire
2. Joignez-y tous les reçus et pièces justificatives originaux.
3. Conservez des copies pour vos dossiers, car les originaux ne vous seront pas retournés.
4. Soumettez le formulaire au bon service en suivant les « Directives d'envoi par la poste ».

Saviez-vous que la plupart des réclamations peuvent être soumises en ligne et que vous pouvez recevoir votre remboursement plus rapidement grâce au dépôt direct? Rendez-vous sur mybenefitsconnect.opencirclebenefits.ca pour en savoir plus.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT - Vous devez remplir cette section. Veuillez indiquer à qui effectuer le paiement en cochant la case appropriée.

☐ FOURNISSEUR

LES FRAIS RÉCLAMÉS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE N'ONT PAS ÉTÉ PAYÉS EN TOTALITÉ. PAR LA PRÉSENTE ET SI MON RÉGIME LE PERMET, JE VOUS AUTORISE À VERSER DIRECTEMENT AU FOURNISSEUR LE PAIEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES RÉCLAMÉS.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DU TUTEUR LÉGAL OU DE LA TUTRICE LÉGALE

SI VOUS AVEZ CHOISI CETTE OPTION, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR CI-DESSOUS.

☐ PERSONNE ADHÉRENTE

J'ATTESTE QUE LES FRAIS RÉCLAMÉS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE ONT ÉTÉ PAYÉS EN TOTALITÉ, ET J'Y JOINS TOUS LES REÇUS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES ORIGINAUX REQUIS.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DU TUTEUR LÉGAL OU DE LA TUTRICE LÉGALE

SI VOUS AVEZ CHOISI CETTE OPTION, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR CI-DESSOUS.

SI LA SECTION CI-DESSUS N'EST PAS REMPLIE, LE PAIEMENT SERA FAIT AUTOMATIQUEMENT À LA PERSONNE ADHÉRENTE.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR - La présente section ne doit être remplie que si vous avez coché « Fournisseur » dans la section « Renseignements sur le paiement » ci-dessus.

NUMÉRO DE FOURNISSEUR	COURRIEL DE FOURNISSEUR	
NOM DE FOURNISSEUR	TÉLÉPHONE DE FOURNISSEUR	
ADRESSE DE FOURNISSEUR		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

LA SECTION CI-DESSUS EST RÉSERVÉE AU FOURNISSEUR.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ADHÉRENTE- Vous devez remplir cette section. Vous devez indiquer votre n° d'identification complet, y compris le suffixe (-00, -01, -02, etc.). Votre n° d'identification est indiqué sur votre carte d'identification.

N° D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	COURRIEL	
NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE
ADRESSE	NOM DE L'EMPLOYEUR	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE RÉCLAMANTE - Vous devez remplir cette section.

NOM DE LA PERSONNE RÉCLAMANTE	SUFFIXE DU N° D'IDENTIFICATION (-00, -01, -02)	DATE DE NAISSANCE AA MM JJ		

ATTESTATIONS - Vous devez remplir cette section. Veuillez indiquer si vous avez été victime d'un accident de la route ou d'un accident de travail.

ACCIDENT DE LA ROUTE

Les soins sont-ils requis à la suite d'un accident de la route ?

OUI ☐ NON ☐ Si oui, veuillez indiquer la date de l'accident _____

Frais engagés en lien avec un accident de la route : _____

ACCIDENT DE TRAVAIL

Les soins sont-ils requis à la suite d'un accident de travail ?

OUI ☐ NON ☐ Si oui, veuillez préciser la date de l'accident _____

N° de cas de votre Commission d'accident du travail : _____

Frais engagés en lien avec un accident de travail : _____

COORDINATION DES PRESTATIONS - Vous devez remplir cette section. Dans cette section, indiquez si vous ou tout membre de votre famille détenez un autre régime d'assurance ou encore un compte de frais pour soins de santé (CFSS) ou un compte de dépenses des cadres de la santé (HXSA). (REMARQUE – Les frais payés à partir d'un CFSS ou d'un HXSA ne peuvent être remboursés qu'à la personne adhérente.)

Détenez-vous un autre régime d'assurance collective en vertu duquel ces frais sont admissibles? OUI ☐ NON ☐

Si nous sommes le deuxième assureur, veuillez joindre au présent formulaire des copies de vos reçus et le relevé de prestations du premier assureur.

Si l'autre régime est détenu auprès de OpenCircle Benefits, veuillez indiquer le n° d'identification de la personne adhérente. _____

Voulez-vous coordonner les prestations avec l'autre régime détenu auprès de OpenCircle Benefits? OUI ☐ NON ☐

COMPTE DE FRAIS POUR SOINS DE SANTÉ (CFSS)

Voulez-vous coordonner les prestations avec votre CFSS (s'il y a lieu)? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les frais à coordonner. _____

Voulez-vous payer tous les frais admissibles depuis votre CFSS (s'il y a lieu)? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les frais à payer depuis le CFSS. _____

COMPTE DE DÉPENSES PERSONNELLES (CDP) / COMPTE DE DÉPENSES DES CADRES DE LA SANTÉ (HXSA)

Voulez-vous payer tous les frais admissibles depuis votre CDP / HXSA (s'il y a lieu)? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les frais à payer depuis le CDP / HXSA. _____

AUTORISATION, CONSENTEMENT ET SIGNATURE - La signature de la personne adhérente est requise.

OpenCircle Benefits (« nous » ou « notre ») considère que le respect de la confidentialité et la protection des renseignements personnels sont une priorité. Pour pouvoir vous fournir les services pour lesquels vous avez fait appel à nous, nous devons vous informer de certaines conditions, auxquelles vous devez consentir. Nous pourrions recueillir, recevoir, utiliser, échanger, communiquer et traiter vos renseignements personnels provenant de vous et d'une tierce partie ou, s'il y a lieu, ceux de vos personnes à charge, y compris votre conjoint ou conjointe et vos enfants (collectivement, « vous », « votre » ou « vos »), par exemple le nom, l'âge, l'historique des réclamations, le revenu, le courriel, les fournisseurs de services auxquels vous avez pu avoir recours et les coordonnées bancaires. Nous pourrions le faire à diverses fins en lien avec l'administration de votre régime d'assurance collective ainsi que pour vous fournir d'autres produits et services, notamment aux fins suivantes : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et adjudication des réclamations; audit, enquête et prise de mesures qui s'imposent et qui sont liées à la prévention ou à la suppression des réclamations qui semblent ou s'avèrent irrégulières ou frauduleuses; vérification d'identité; facturation et encaissement des primes; évaluation médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services ou des tiers pour confirmer l'exactitude des réclamations, offrir des services en sous-traitance ou gérer des soins de santé ou des programmes; collecte d'information sur les services fournis et analyse de données, y compris sur l'utilisation que vous faites de nos produits et services pour nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; détermination d'autres produits et services susceptibles de vous intéresser et envoi d'information à leur sujet; respect des lois et règlements applicables; toute autre activité pouvant raisonnablement être considérée comme en lien avec l'administration de votre régime d'assurance collective. Pour les fins citées ci-dessus, nous pouvons recueillir, recevoir, échanger ou communiquer vos renseignements personnels avec d'autres parties à l'extérieur de OpenCircle Benefits, y compris les suivantes : votre employeur et votre ou vos preneurs de contrat ou intermédiaires de marché si vous bénéficiez d'un régime d'assurance collective; vos fournisseurs de soins de santé (p. ex., pharmacie ou massothérapie); les associations professionnelles ou organismes de réglementation (p. ex. l'Ordre des pharmaciens); les organismes gouvernementaux; les organismes d'application de la loi (municipaux, provinciaux et fédéraux); les organismes de mutualisation en assurance médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); les fournisseurs de services de OpenCircle Benefits qui nous aident à administrer votre régime d'assurance collective et à vous fournir des produits et services connexes, ainsi que tout autre tiers intéressé ou raisonnablement requis aux fins susmentionnées. Bien que l'échange de renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous mettons en œuvre des procédures acceptables sur le plan commercial pour assurer la sécurité et la protection de vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour les protéger. En cas de divulgation non autorisée de vos renseignements personnels, nous vous en aviserons conformément aux lois applicables. Pour en savoir plus sur nos pratiques relatives à la protection des renseignements personnels, consultez notre politique de confidentialité à l'adresse <https://opencircle.ca/privacy-policy/> dont vous devez prendre connaissance dans le cadre du présent consentement. De temps à autre, nous pouvons réviser notre politique de confidentialité, notamment pour tenir compte des modifications à la législation ou à la réglementation ou lorsque nous ajoutons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos renseignements personnels et sera toujours accessible à l'adresse <https://opencircle.ca/privacy-policy/>. Si vous avez des questions ou souhaitez déposer une plainte, communiquez avec notre responsable de la confidentialité à inquiries@opencirclebenefits.ca.

En apposant votre signature ci-dessous, vous consentez à ce que OpenCircle Benefits recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels selon les modalités décrites ci-dessus, et vous confirmez que votre ou vos personnes à charge vous autorisent à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels ainsi qu'à fournir le présent consentement en leur nom. De plus, vous convenez qu'une version photocopiée, télécopiée ou électronique du présent document est considérée comme aussi valable que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en écrivant à OpenCircle Benefits à inquiries@opencirclebenefits.ca. Dans ce cas, OpenCircle Benefits ne sera toutefois plus en mesure d'administrer votre régime d'assurance collective ni de traiter vos réclamations.

Nom _____

Signature _____

Date _____

DIRECTIVES D'ENVOI PAR LA POSTE - Veuillez soumettre votre réclamation à l'adresse appropriée indiquée ci-dessous (assurez-vous d'inscrire l'adresse complète sur l'enveloppe). Pour réduire les frais d'affranchissement, vous pouvez soumettre plusieurs réclamations dans une même enveloppe et les transmettre à n'importe laquelle des adresses ci-dessous.

Les réclamations pour soins de santé et dentaires pour une année civile donnée doivent être soumises au plus tard le 30 juin de l'année civile suivante pour être prises en considération. Les réclamations payées par le compte de frais pour soins de santé pour une année civile donnée doivent être soumises au plus tard 60 jours après le début de l'année civile suivante pour être prises en considération.

SERVICES PROFESSIONNELS
C.P. 1699
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7G6

ARTICLES MÉDICAUX
C.P. 1623
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7B3

SOINS DE LA VUE ET HOSPITALISATION
C.P. 1615
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7J3

MÉDICAMENTS
C.P. 1652
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7G5

SOINS DENTAIRES
C.P. 1608
WINDSOR (ONTARIO)
N9A 7G1

Veuillez contacter notre centre de service à la clientèle au 1 877 263-7226 ou au 780 455-5845 si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire.