

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DU COMPTE DE DÉPENSES SANTÉ

Veuillez vous assurer que le nom du médicament et le **numéro d'identification du médicament (DIN)** apparaissent sur tous les reçus de médicaments. Ces informations sont disponibles auprès de votre pharmacien. Regroupez vos reçus, formulaires de réclamation et/ou explications des prestations par membre de la famille et joignez-les au verso de ce formulaire. Les reçus ne seront pas retournés. Votre décompte de prestations est suffisant à des fins fiscales.

**Toutes les déclarations doivent être remplies ou ce formulaire peut être retourné.** Soumettez votre réclamation par:

Par courrier: **MDM Insurance Services Inc. PO Box 970, Guelph, Ontario N1H 6N1**

E-mail: **inquiry@mdm-insurance.com** Télécopieur: **519-836-4909**

## Déclaration de confidentialité

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de la conduite de ses affaires.

## Déclaration de l'employé (en lettres moulées lisiblement ou dactylographiée)

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro de contrat \_\_\_\_\_  
 Le nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse postale Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_  
 de l'employé Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom(s) des patients	Relation avec l'employé	Date de naissance Année/Mois/Jour	Si enfant de 19 ans ou plus						Si l'étudiant indique le nom de établissement d'enseignement
			Étudiant		Employé		Handicapé		
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

**Si votre conjoint a un régime d'avantages sociaux, toutes les réclamations (que ce soit pour vous-même ou vos personnes à charge) doivent être envoyées à ce régime pour examen initial. Les dépenses jointes à ce formulaire de demande de règlement seront prises en compte dans votre compte gestion-santé, quelles que soient les lignes directrices standard de la coordination des prestations.**

**Si l'une des dépenses a été payée ou partiellement payée en vertu d'un autre régime (p. ex. CSPAAAT, employeur du conjoint, etc.), veuillez inclure une copie du relevé des prestations.**

Je certifie que les informations contenues dans ce document sont véridiques, complètes et exactes et que chacune des dépenses ci-jointes a été achetée et/ou engagée dans le cadre d'un traitement médical pour moi ou mon conjoint et/ou les personnes à ma charge. Je reconnais que la soumission d'informations fausses ou incomplètes peut entraîner le retard ou le refus de cette réclamation. J'autorise tout médecin, dentiste ou tout fournisseur et/ou établissement de soins de santé, toute compagnie d'assurance, fournisseur de services d'avantages sociaux et toute autre personne ou organisation ayant des renseignements médicaux ou autres renseignements personnels pertinents me concernant ou concernant mon conjoint et/ou les personnes à charge à divulguer et échanger avec MDM, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents toute information nécessaire pour enquêter et confirmer l'exactitude et la validité de cette réclamation, déterminer l'admissibilité aux prestations et/ou administrer la réclamation et le régime d'avantages sociaux collectifs.

Je comprends que les dépenses pour lesquelles je suis remboursé en vertu de mon compte gestion-santé ne peuvent pas être réclamées aux fins de l'impôt sur le revenu (sauf au Québec où des règles spéciales s'appliquent). Je reconnais également que les personnes pour lesquelles je présente une demande sont admissibles et comprennent moi-même, mon conjoint et toute personne à charge pour laquelle j'ai droit de demander un crédit d'impôt pour frais médicaux tel que défini dans la Loi de l'impôt sur le revenu. Je comprends que si des conséquences fiscales découlent du remboursement de ces dépenses, je suis responsable du paiement de ces taxes. Je comprends également que le promoteur de mon régime peut avoir accès à un sommaire des montants totaux que j'ai réclamés au titre de mon compte gestion-santé aux fins de déclaration fiscale ou administrative.

Si cette réclamation est faite au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, je suis autorisé à divulguer des informations à leur sujet, à des fins de souscription, d'administration et de règlement des réclamations. Je confirme que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent également MDM Insurance Services Inc. à me divulguer des informations sur leurs réclamations, aux fins d'évaluation et de paiement d'une prestation, le cas échéant, et de gestion de mon régime d'avantages sociaux collectifs.

J'accepte qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Date: \_\_\_\_\_

Signature de l'employé: \_\_\_\_\_