



Section 1 Renseignements sur le régime et le participant	No du contrat collectif	No du certificat	Nom de l'employeur
	Nom du participant (Prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)
	Adresse (Numéro et rue)		Ville
	No d'appartement (si applicable)	Province	Code postal

Les frais sont-ils admissibles à une compensation suite à un accident de travail OUI NON

Est-ce que vous, votre conjoint(e) ou les personnes à votre charge êtes couverts en vertu d'un autre régime pour les frais faisant l'objet de cette demande? OUI NON

Si vous avez répondu oui à la question précédente, veuillez conserver copie de tous les reçus joints au présent formulaire et présenter une demande à l'assureur de votre conjoint(e) ou personnes à charge.

Date de naissance du conjoint (jj/mm/aaaa)	Administrateur du régime d'assurance du conjoint	N° du régime/contrat du conjoint	N° de certificat du conjoint	Protection <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale
--	--	----------------------------------	------------------------------	---

Section 2 Renseignements sur le patient À remplir pour tous les frais engagés. Veuillez utiliser une ligne par assuré pour lequel le remboursement des frais est demandé.	Nom du patient	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Lien avec le participant (ex : conjointe, fils)	Établissement scolaire et ville (si le patient est un étudiant de 18 ans ou plus couvert par le régime)

Les frais sont-ils engagés suite à un accident ? OUI NON Si oui, décrire le type d'accident _____

Section 3
Médicaments

- Veuillez brocher les reçus originaux d'ordonnance au verso du présent formulaire
- Le code d'identification numérique de la drogue (DIN) et le nom du médicament doit figurer sur tous les reçus.
- Veuillez conserver une copie de vos reçus pour des fins fiscales et pour la coordination des prestations. L'original ne vous sera pas retourné.



Section 4

Matériel et appareils médicaux

Dans le cas de matériel et appareils médicaux veuillez joindre la recommandation écrite du médecin ayant prescrit le matériel, sur laquelle figure le diagnostic, et une copie du relevé de prestations du régime provincial.

Date d'utilisation du matériel	Du	(jj/mm/aaaa) au	(jj/mm/aaaa)
--------------------------------	----	-----------------	--------------

Section 5

Frais médicaux hors province

Si les frais médicaux ont été engagés hors de la province de résidence, veuillez contacter le service à la clientèle au 514 358-2223 afin d'obtenir le formulaire de réclamation approprié.

Section 6

Services paramédicaux

Dans le cas des services paramédicaux, veuillez joindre un relevé détaillé et/ou un reçu émis par le praticien, sur lequel figurent les renseignements suivants :

- Nom du patient
- Nom du praticien
- Type de praticien
- Date du service
- Coût du traitement
- Numéro de permis
- Durée de la visite

Les traitements ont-ils été recommandés par un médecin ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

Section 7

Services paramédicaux

Veuillez indiquer la somme des réclamations demandées.

Total des frais faisant l'objet de la demande	\$
--	-----------

En signant ci-dessous, vous certifiez que la présente demande de remboursement est légitime, que tous les renseignements fournis sont véridiques et complets et, si la demande porte sur votre conjoint ou sur les personnes à votre charge, que vous êtes autorisé(e) à divulguer les renseignements personnels à leur sujet, au titre de la présente demande. Vous nous autorisez également à demander des renseignements relatifs à la présente demande et à les échanger avec toute personne détenant des renseignements pertinents, notamment les professionnels de la santé, le personnel de toute autre compagnie d'assurance, les analystes des demandes de règlement et les administrateurs de tout régime ou programme d'assurance public ou privé.

Signature du participant	Date (jj/mm/aaaa)
--------------------------	-------------------

Section 8

Envoi de votre demande

Veuillez envoyer votre demande de règlement dûment remplie et les reçus correspondants par courrier à

La Mutuelle Strategys
Réclamations médicales et dentaires
48 Boul. Taschereau
Bureau 100
La Prairie, QC, J5R 6C1

Strategys Administrateur en avantages sociaux (Strategys A.A.S.) et La Mutuelle Strategys reconnaissent l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Vos renseignements personnels ainsi que ceux de votre conjoint et des personnes à votre charge (s'il y a lieu) ne seront recueillis et utilisés que par les membres du personnel de Strategys A.A.S, La Mutuelle Strategys ou de ses partenaires et ne seront divulgués qu'à ces derniers, aux seules fins de l'évaluation des demandes présentées par ces personnes ou en leur nom, ainsi que de l'administration du régime au titre duquel la demande est présentée, ou encore pour des motifs connexes, conformément à la politique de confidentialité de Strategys A.A.S. Votre demande de règlement pourrait être refusée et votre couverture pourrait être annulée si vous fournissez des renseignements inexacts, incomplets ou trompeurs, et nous pourrions échanger des renseignements avec votre promoteur de régime sans autre préavis. Toutes sommes ou trop-payés dues conformément aux dispositions du régime collectif doivent être remboursées. La Mutuelle Strategys pourrait déduire ces sommes du paiement de demandes de règlement ultérieures ou exercer d'autres recours jugés nécessaires.