



Programme d'aide aux employés – AIMTA/AC
Demande confidentielle de réclamation pour consultation en psychologie
pour employés actifs



DIRECTIVES : ANNEXEZ COPIE DE VOS REÇUS POUR TOUS LES FRAIS ET FOURNISSEZ LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS DANS L'ESPACE PRÉVU PLUS BAS. **NOTE :** LES REÇUS AUTRES QUE CEUX EXIGÉS EN VERTU DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS GOUVERNEMENTAUX FONT PARTIE INTÉGRANTE DE NOS DOSSIERS ET NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS. VEUILLEZ CONSERVER, AUX FINS DE L'IMPÔT SUR LE REVENU, LE RELEVÉ DES FRAIS OU LE FEUILLET EXPLICATIF QUI SERA ANNEXÉ AU CHÈQUE.

Envoyez les documents dans l'enveloppe bleue préadressée (ACF851N (2007-10)) par courrier compagnie seulement à : Administration de l'assurance-maladie et dentaire collective, Centre Air Canada 1001.

IMPORTANT : EN CAS D'OMISSION OU D'ERREUR, LA DEMANDE POURRAIT VOUS ÊTRE RETOURNÉE. REMPLISSEZ UN FORMULAIRE DISTINCT POUR CHAQUE MEMBRE DE LA FAMILLE POUR QUI VOUS FAITES UNE RÉCLAMATION. IL SE PEUT QUE NOUS ÉCHANGIONS DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AU SUJET DES DEMANDES DE RÈGLEMENT AVEC LE PARTICIPANT ET AVEC UNE PERSONNE AGISSANT EN SON NOM, AU BESOIN, AUX FINS DE VÉRIFICATION D'ADMISSIBILITÉ ET DE GESTION MUTUELLE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT.

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

1^{re} PARTIE – RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

FOURNISSEUR DE SERVICES	NATURE DES SERVICES	DATE	MONTANT	NATURE DE LA MALADIE
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2^e PARTIE – RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

N^o DU RÉGIME : _____ 9368 _____ N^o DU SALARIÉ : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____ AIR CANADA _____

NOM DU SALARIÉ : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE

ADRESSE DU SALARIÉ : _____

« J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS ET QUE LES MONTANTS CI-HAUT ONT ÉTÉ FACTURÉS POUR DES BIENS ET SERVICES REÇUS PAR MOI, MON CONJOINT OU MES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES. J'ATTESTE QUE JE SUIS AUTORISÉ À DIVULGUER ET RECEVOIR DES RENSEIGNEMENTS RELATIVEMENT À MON CONJOINT ET MES PERSONNES À CHARGE AUX FINS D'ÉVALUATION ET DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS LE CAS ÉCHÉANT. JE RECONNAIS QU'À MOINS D'ÊTRE ATTRIBUÉ AU FOURNISSEUR DE SERVICE, TOUT REMBOURSEMENT DES FRAIS CI-DESSUS ET LES EXPLICATIONS RELATIVES AUX SOMMES PAYÉES, SERONT FOURNIS AU BÉNÉFICIAIRE DU RÉGIME DE PRESTATIONS. »

SIGNATURE DU SALARIÉ : _____ DATE : _____

3^e PARTIE – RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

1. NOM DU PATIENT : _____ 2. LIEN DE PARENTÉ DU PATIENT AVEC LE SALARIÉ : _____

3. DATE DE NAISSANCE DU PATIENT : _____ / _____ / _____ 4. SI LE PATIENT EST UN ENFANT, DEMEURE-T-IL AVEC VOUS? OUI NON

5. SI LE PATIENT EST UN ENFANT ÂGÉ DE 18 ANS OU PLUS :
A) ÉTUDIE-T-IL À TEMPS PLEIN? OUI NON SI OUI, COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE? _____
B) TRAVAILLE-T-IL? OUI NON SI OUI, COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE? _____

6. SI LE PATIENT N'EST NI LE CONJOINT NI L'ENFANT DU SALARIÉ, CE DERNIER A-T-IL DROIT À UN CRÉDIT D'IMPÔT PERSONNEL À L'ÉGARD DU PATIENT, AUX TERMES DE LA LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU DU CANADA? OUI NON

7. A) AVEZ-VOUS, OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE, DROIT À DES PRESTATIONS D'UN AUTRE ASSUREUR? OUI NON
DANS L'AFFIRMATIVE, DONNEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE L'ASSUREUR : _____

NOM DU MEMBRE DE LA FAMILLE QUI EST ASSURÉ : _____ POLICE N^o : _____

B) UN DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE (À L'EXCLUSION DE VOUS-MÊME) EST-IL COUVERT À TITRE DE SALARIÉ PAR LE PRÉSENT RÉGIME? OUI NON DANS L'AFFIRMATIVE, DONNEZ LE NOM DU MEMBRE DE LA FAMILLE : _____

C) SI VOUS AVEZ RÉPONDU À LA QUESTION 7 A) OU B), ET SI LE PATIENT EST UN ENFANT À CHARGE, DONNEZ LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT : _____ / _____ / _____
JOUR MOIS ANNÉE