

# Régime de Soins de Santé de la Fonction Publique (RSSFP)

## Demande de règlement

### Frais engagés hors du Canada (Garantie totale)

Le RSSFP est administré par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

PAGE 1

#### Renseignements sur le participant

N° du contrat <b>55555</b>	N° de certificat	Date de naissance	Jour	Mois	Année
Nom	Prénom	Courrier électronique			
Adresse		N° d'app.			
Ville	Province/ État	Pays	Code postal		
N° de tél. le jour (inscrire l'indicatif du pays) ( )		N° de tél. le soir (inscrire l'indicatif du pays) ( )		Date d'affectation de l'employé	
Êtes vous couvert, à titre d'employé actif ou de pensionné, par un autre régime pour certains de frais engagés?			Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Dans l'affirmative,		
nom de l'assureur :		n° de contrat :		n° de certificat :	

#### Remplir si votre demande englobe des frais engagés pour votre conjoint ou conjoint de fait

Dans le cas d'un conjoint de fait, votre union dure-t-elle depuis au moins un an?

Non  Oui

Nom et prénom	Date de naissance	Jour	Mois	Année
La personne ci-dessus est-elle couverte, pour certains des frais engagés, par un régime ou contrat de remboursement de frais médicaux autre que le RSSFP? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Dans l'affirmative, présentez tout d'abord votre demande de règlement au titre du régime de cette personne.				

#### Remplir si votre demande englobe des frais engagés pour des enfants

Nom	Lien avec le participant		Date de naissance			Si l'enfant a 21 ans ou plus, indiquez en cochant ci-dessous s'il est :	
	Fils	Fille	Jour	Mois	Année	handicapé	Étudiant temps plein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos enfants sont-ils couverts, pour certains des frais engagés, par le régime ou contrat de remboursement de frais médicaux de votre conjoint ou conjoint de fait?

Non  Oui  Dans l'affirmative, inscrivez ici la date de l'anniversaire de cette personne mois : jour : Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées au titre de la couverture du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile.

**Renseignements sur la demande de règlement** Joindre les reçus originaux. Si une demande de règlement a déjà été faite au titre d'un autre régime, joindre le relevé original des prestations versées en vertu de cet autre régime ET des copies des reçus s'y rapportant.

1. Les frais engagés sont-ils reliés à un accident ? Non  Oui  Dans l'affirmative, fournir les renseignements suivants :

Date et lieu de l'accident	Jour /	Mois /	Année	Au travail	<input type="checkbox"/>	À la maison	<input type="checkbox"/>	Ailleurs	<input type="checkbox"/>
Circonstances de l'accident									
Les frais engagés sont-ils reliés à une lésion couverte par la Commission des accidents du travail/ la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail/ la Commission de la santé et de la sécurité du travail ?								Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

**IMPORTANT: If you wish to receive your correspondence in English, please check here**

## Frais engagés hors du Canada (Garantie totale)

2. Veuillez également remplir cette section si vous habitez à l'extérieur du Canada et si vous bénéficiez de la «Garantie totale» en vertu du RSSFP. Le volet Garantie totale du régime est géré par la société Accès Mondial Canada pour le compte de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

## Partie A - Frais de médicaments sur ordonnance

Nom du patient	Nom du médicament sur ordonnance	Frais engagés le			Pays	Monnaie	Montant
		JJ	MM	AA			

## Partie B - Autres frais médicaux

Nom du patient	Type de frais	Nom de l'hôpital ou du praticien	Soins reçus le			Pays	Monnaie	Montant
			JJ	MM	AA			
<b>REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ (partie A + partie B)</b>								

**IMPORTANT :** Si vous souhaitez que nous émettions le chèque de règlement dans une monnaie autre que le dollar canadien, veuillez indiquer laquelle :

Veuillez joindre au formulaire les reçus originaux des frais engagés et en conserver une copie pour vos dossiers. Nous ne retournons pas les reçus originaux, mais nous vous faisons parvenir un relevé détaillé des prestations qui vous sont versées pour votre déclaration de revenus. Les renseignements suivants doivent figurer sur les reçus ou les factures : nom du patient, nature du traitement, nom du produit médical ou du médicament sur ordonnance, nom du médecin qui a rédigé l'ordonnance, date à laquelle les frais ont été engagés et montant des frais -indiqué dans la monnaie qui a été utilisée pour effectuer le paiement.

Si votre demande porte sur des frais engagés pour certains articles ou soins spéciaux comme de l'équipement médical, des soins infirmiers, des soins d'orthophonistes, etc., joignez à votre demande une déclaration écrite du médecin qui vous a recommandé ces soins ou ces articles. La déclaration doit indiquer la raison pour laquelle ces soins ou articles étaient médicalement nécessaires et la durée recommandée des traitements.

Vous n'êtes pas tenu de présenter une demande de règlement chaque fois que vous engagez des frais. Les demandes peuvent être présentées à tout moment dans l'année civile au cours de laquelle les frais remboursables sont engagés. Veuillez noter toutefois qu'elles doivent être présentées au plus tard six mois après la fin de l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés, l'administrateur du régime n'étant pas tenu de donner suite aux demandes présentées après cette date.

Après avoir dûment rempli les pages 1 et 2, veuillez les faire parvenir par la poste à la société Accès Mondial, à l'adresse ci-dessous :

Accès Mondial Canada Inc.  
Régime de soins de santé de la fonction publique  
CP 880  
Waterloo ON N2J 4C3  
CANADA

## Déclaration et autorisation du participant

Je certifie que les renseignements qui précèdent sont exacts et complets et que la présente demande de règlement ne porte pas sur des frais déjà remboursés par le présent régime ou tout autre régime. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou des personnes à ma charge ou toutes ces personnes à la fois, je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant. J'autorise la communication de tout renseignements pertinents au sujet de la présente demande de règlement à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou aux personnes qui fournissent des services pour le compte de cette compagnie, uniquement aux fins de la tarification, de la gestion administrative et des règlements au titre du RSSFP. L'administrateur du régime peut vérifier si les renseignements fournis à l'appui de la présente demande règlement sont exacts.

Signature du participant	Date	Jour	Mois	Année
X		/	/	/