


Régime de Soins de Santé de la Fonction Publique (RSSFP) Demande de règlement

- Le RSSFP est administré par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.
- Envoyer le formulaire dûment rempli à : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Bureau des règlements, CP 9601 CSC-T, Ottawa ON K1G 6A1
(613) 247-5100 ou 1-888-757-7427 (sans frais)

Renseignements sur le participant

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

 Si vous vivez au Canada, certains des frais ont-ils été engagés hors de votre province de résidence/du Canada? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer : la date du départ : _____ Étiez-vous en voyage d'affaires pour le gouvernement? Non Oui

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 prénoms	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. Si cette personne est couverte par un régime de notre compagnie et que vous souhaitez que nous appliquions la coordination des prestations, inscrivez ci-dessous le numéro de son certificat et le numéro du contrat, et annexe une demande de règlement dûment remplie et signée en ce qui a trait à l'autre régime.		
N° du contrat	N° de certificat :	

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 à 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"/>

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 une 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"/>				

2. Indiquer le total des frais dont font état les reçus pour chaque catégorie :

Médicaments sur ordonnance	\$
Autres frais médicaux : (Veuillez préciser, ex. : chiropraxie, soins de la vue, etc.)	\$
Frais engagés à l'extérieur de la province (Garantie-voyage) :	\$
REMBOURSEMENT TOTAL DEMANDÉ	\$

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 de 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 renseignement pertinent 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 de règlement sont exacts.

Signature du participant X	Date	Jour / Mois / Année
-------------------------------	------	---------------------