



**RÉGIME DE RETRAITE DE L'ARTA**  
 a/s de l'Alberta School Employee Benefit Plan (ASEBP)  
 Allendale Centre East  
 Suite 301, 6104 – 104 Street NW  
 EDMONTON AB T6H 2K7  
 780-989-8709 (Edmonton) Sans frais : 1-855-444-2782  
 Courriel : arta@asebp.ca

**FORMULAIRE DE  
 RÉCLAMATION DE SOINS DE  
 LONGUE DURÉE ET DE  
 SOINS DE LA VUE**

*LES RÉCLAMATIONS PAR TÉLÉCOPIE  
 NE SONT PAS ACCEPTÉES*

**Veillez répondre à toutes les questions afin de contribuer au traitement de votre réclamation en temps opportun (voir au verso pour connaître les instructions).**

**RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE DU RÉGIME (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Nom du membre du régime : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

GROUPE					SECTION	N° D'ID DU RÉGIME DE L'ARTA								
1	9	9	3	0	A									

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Cette réclamation est-elle associée à une urgence à l'extérieur de la province?

Oui  Non

**DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION (Joindre les reçus/factures d'origine OU l'explication des prestations accompagnées d'une copie des reçus/factures d'origine)**

NOM DU PATIENT	N° D'ID DU RÉGIME DE L'ARTA	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	DESCRIPTION DES SERVICES OU NUMÉRO DE PRESCRIPTION	DATE DE LA PRESTATION DE SERVICE (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'identification du médicament (Ordonnances seulement)	MONTANT DE LA RÉCLAMATION
1.						\$
2.						\$
3.						\$
4.						\$
5.						\$

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

Si les personnes à votre charge ou vous-même avez une assurance médicale d'une autre compagnie de prestation de soins ou d'une autre compagnie d'assurance, veuillez remplir ce qui suit. *Si vous faites d'abord une demande de réclamation par le biais du régime d'avantages sociaux énoncé ci-dessous, veuillez joindre l'explication des prestations au présent formulaire de réclamation.*

Nom de l'autre compagnie d'assurance médicale ou compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Nom de la personne détentrice de la couverture : \_\_\_\_\_

Dentaire  Vue  Prescription/soins de longue durée

Date d'entrée en vigueur d'autre protection (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VERSEMENT DES PRESTATIONS : (Payer le prestataire de services directement)**

Par la présente, je cède les prestations payables pour cette réclamation à

\_\_\_\_\_  
 (Nom du prestataire de services)

et j'autorise que le paiement soit directement effectué à celui-ci/celle-ci/ceux-ci.

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature du membre du régime : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je comprends que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire de réclamation (ainsi que la documentation à l'appui) et autres renseignements personnels détenus par l'Alberta Retired Teacher's Association (ARTA) et son administrateur de régime, l'Alberta School Employee Benefit Plan (ASEBP), sont utilisés pour déterminer l'admissibilité au régime, vérifier, évaluer et payer les réclamations et administrer le régime d'avantages sociaux. En remettant le présent formulaire de réclamation, je demande le paiement des dépenses énoncées conformément aux directives du régime d'avantages sociaux.

Il peut s'avérer nécessaire que l'ASEBP divulgue une partie ou la totalité de mes renseignements personnels fournis à un prestataire de soins tiers aux fins énoncées ci-haut. Lorsque les services de prestataires tiers sont requis, des contrats appropriés sont alors mis en place pour protéger vos renseignements personnels.

Je comprends pourquoi ces renseignements sont nécessaires et je suis au fait des risques et des avantages associés à la divulgation de ces renseignements. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins énoncées ci-haut. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps et reconnais qu'en agissant ainsi, je nuirai à mon admissibilité et à celle de ma personne à charge à recevoir les avantages de mon régime d'avantages sociaux collectif.

Je comprends qu'en vertu des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* de l'Alberta, les personnes à ma charge sont présumées consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins d'inscription et de couverture conformément aux régimes d'avantages collectifs, par mon entremise en tant que demandeur.

Je consens aux énoncés susmentionnés et certifie que mes déclarations dans cette demande de remboursement sont complètes, exactes et véridiques.

Signature du membre du régime : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## EXIGENCES DE LA DEMANDE DE RÉCLAMATION LES RÉCLAMATIONS ENVOYÉES PAR TÉLÉCOPIE NE SONT PAS ACCEPTÉES

Afin de garantir que votre réclamation est traitée dans les plus brefs délais, veuillez lire les instructions suivantes. Votre réclamation peut vous être retournée si l'un des renseignements suivants est manquant ou incomplet.

• **Les reçus/factures/déclarations d'origine doivent être joints et comprendre les renseignements suivants :**

- 1) - nom et prénom de la personne recevant les services
- date ou dates de la prestation des services
- coût total des services
- nom, adresse, numéro de téléphone du prestataire

**OU**

- 2) Si vous avez d'abord fait une réclamation auprès d'un autre régime de soins de santé, joignez l'explication des prestations au présent formulaire de réclamation, accompagnée du reçu, de la facture ou de la déclaration d'origine.

**Note :** Les reçus de carte de crédit/carte de débit et de caisse **ne sont pas** acceptés, pas plus que ne le sont les reçus photocopiés ou les réclamations envoyées par télécopie.

- **Tous les reçus originaux seront conservés par l'administrateur du régime de l'ARTA, l'Alberta School Employee Benefit Plan (ASEBP), et ne vous seront pas retournés.** Veuillez photocopier vos reçus si vous devez les insérer à vos dossiers ou pour coordonner vos prestations avec d'autres prestataires d'avantages sociaux.
- À la réception de votre paiement, veuillez conserver la description des prestations aux fins d'impôt.

De plus :

- a) Dans le cas des réclamations pour soins de la vue, vous devez joindre le reçu original détaillé (aucune ordonnance requise).
- b) Les réclamations pour médicaments sur ordonnance doivent inclure le numéro d'identification du médicament (DIN) sur le reçu (à l'exception des prescriptions à l'extérieur du pays).
- c) Les réclamations pour services ambulanciers doivent inclure la facture d'origine indiquant la date de prestation de service, le point d'origine et la destination. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la facturation de services ambulanciers, veuillez consulter la documentation sur le libellé du régime de soins de longue durée que vous trouverez sur le site Web de l'ARTA, [www.arta.net](http://www.arta.net), à l'onglet Programmes de prestations, Documents/contrats du libellé du régime.
- d) Les réclamations nécessitant une préapprobation comme les exemples suivants :
  - Services infirmiers et soins à domicile privés
  - Matériel de positionnement à la suite d'une vitrectomie
  - Moniteur CoaguChek et bâtonnets diagnostiques
  - Lentilles nécessaires en raison de la chirurgie
- Doivent comprendre :
  - Une lettre du prestataire de soins de santé qui indique les diagnostics, quels services médicaux sont nécessaires et pendant combien de temps.
  - Une lettre indiquant que vous :
    - n'êtes admissible à aucun programme gouvernemental de protection;
    - avez atteint votre niveau de protection maximal en vertu du programme gouvernemental.
  - Un reçu/une facture d'origine qui indique le détail des frais facturés.
- e) Les réclamations pour services psychologiques exigent :
  - Un reçu/une facture d'origine indiquant :
    - la durée de chaque séance;
    - le montant facturé pour chaque séance;
    - le nom de chaque patient qui assiste aux séances.

- f) Dans le cas des réclamations pour massothérapie, le reçu doit indiquer le nom du prestataire de soins, le nom de l'association, l'adresse postale et le numéro d'enregistrement.
- g) Pour ce qui est des soins dentaires en cas d'accident, il est obligatoire de remplir un formulaire de *réclamation pour soins dentaires* indiquant clairement toutes les dents touchées, la date de l'accident et un descriptif de l'accident. Veillez à écrire « **accident dentaire** » dans le haut du premier formulaire de réclamation que vous présentez.

#### **DATE D'ÉCHÉANCE POUR LA PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION**

L'administrateur du régime de l'ARTA, l'ASEBP, doit avoir reçu les réclamations avant la fin de l'année civile suivant l'année où la dépense a été engagée. Par exemple, les réclamations effectuées en 2016 doivent être reçues avant le 31 décembre 2017. Les réclamations reçues à l'extérieur de cette période ne seront pas versées.

**Veillez envoyer par la poste votre formulaire de Réclamation de soins de longue durée et de soins de la vue dument rempli accompagné des reçus et des factures d'origine à :**

**Régime de retraite de l'ARTA  
a/s de l'Alberta School Employee Benefit Plan (ASEBP)  
Allendale Centre East  
Suite 301, 6104 – 104 Street NW  
EDMONTON AB T6H 2K7**

Commandité par :



Régime de retraite de l'ARTA  
administré par :

