

GUIDE DE L'ADHÉRENT



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

Voilà la différence AGA...

Le présent guide de l'adhérent a été rédigé dans le but d'informer l'adhérent des principales particularités en lien avec son régime collectif administré par AGA assurances collectives.

Les renseignements fournis dans ce guide sont d'ordre général et représentent les réponses aux questions qui nous sont souvent adressées. Ce guide ne constitue pas la brochure d'assurance mais bien un document complémentaire à la brochure d'assurance.

Pour valider si les services ou produits dont il est question dans ce guide sont bien admissibles, veuillez-vous référer à votre brochure d'assurance et/ou communiquer avec notre service à la clientèle.

Nous joindre

Afin d'encre mieux vous servir, notre service à la clientèle est ouvert du lundi au vendredi, de 8h30 à 20h00.

Assurez-vous d'avoir en main votre numéro de certificat indiqué sur votre certificat d'assurance, carte portefeuille ou coupon de Demande de remboursement.

Téléphones

Montréal : 514-935-5444

Québec : 418-683-8823

Sans frais : 1-800-363-6217

Télécopieurs

514 935-1147 / 418 682-2433

Courriel

service.client@aga.ca

Adresse postale

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200

Montréal QC H3Z 3C1

www.aga.ca

Table des matières

Portail adhérents	4
Aperçu du portail adhérents.....	4
Mot de passe oublié	5
Comment s'inscrire au dépôt direct des prestations	6
En ligne	6
Par la poste	7
Admissibilité et participation.....	8
Adhésion	8
Exemption au niveau des garanties soins de santé et dentaire.....	8
Assurance-vie des personnes à charge.....	8
Personnes à charge	8
Preuve de statut d'étudiant à temps plein	9
Modifications d'informations à votre dossier	9
Bénéficiaire(s)	9
Brochure d'assurance	10
Certificat d'assurance	10
Formulaires.....	11
Formulaires administratifs.....	11
Preuve d'assurabilité ou déclaration de santé.....	12
Formulaires de demande de prestations d'invalidité	12
Formulaire de réclamations	12
Soins de santé et dentaires	13
Avant de soumettre votre demande de remboursement	13
Soumettre une demande de remboursement.....	15
Réponse à votre demande de remboursement.....	18
Informations diverses sur votre couverture	20
Assurance salaire	25
Soumettre une demande	25
Garantie Invalidité de longue durée	25
Réponse à votre demande	25

Portail adhérents

Notre portail adhérents, facile d'utilisation et accessible à partir d'un ordinateur, tablette numérique ou téléphone intelligent, vous permettra de :

- Soumettre une demande en ligne (consulter la section « Soumettre une demande » pour plus de détails)
- Consulter et imprimer votre carte portefeuille et d'assurance voyage le cas échéant
- Consulter votre certificat d'assurance
- Modifier vos informations bancaires ou coordonnées personnelles
- Modifier vos informations personnelles et/ou celles de vos personnes à charge (nom, prénom, date de naissance et sexe)
- Ajouter ou terminer un statut étudiant pour vos enfants à charge
- Consulter vos relevés de règlements
- Signaler un changement d'adresse
- Accéder à certains formulaires
- Consulter nos communiqués

Au même titre que les demandes de remboursement soumises en ligne, les demandes en lien avec un changement d'adresse ou une modification des coordonnées bancaires sont traitées à l'intérieur de **48 à 72 heures ouvrables**.

Tel que stipulé dans les conditions d'utilisation de la soumission en ligne, veuillez conserver vos reçus originaux pour une période de 12 mois du moment de la soumission en ligne. De plus, si votre certificat d'assurance devait être terminé, prendre note qu'il vous sera possible de soumettre des demandes en ligne que dans les 30 jours suivant la terminaison, vous pourrez toutefois consulter votre dossier pour une période indéterminée.

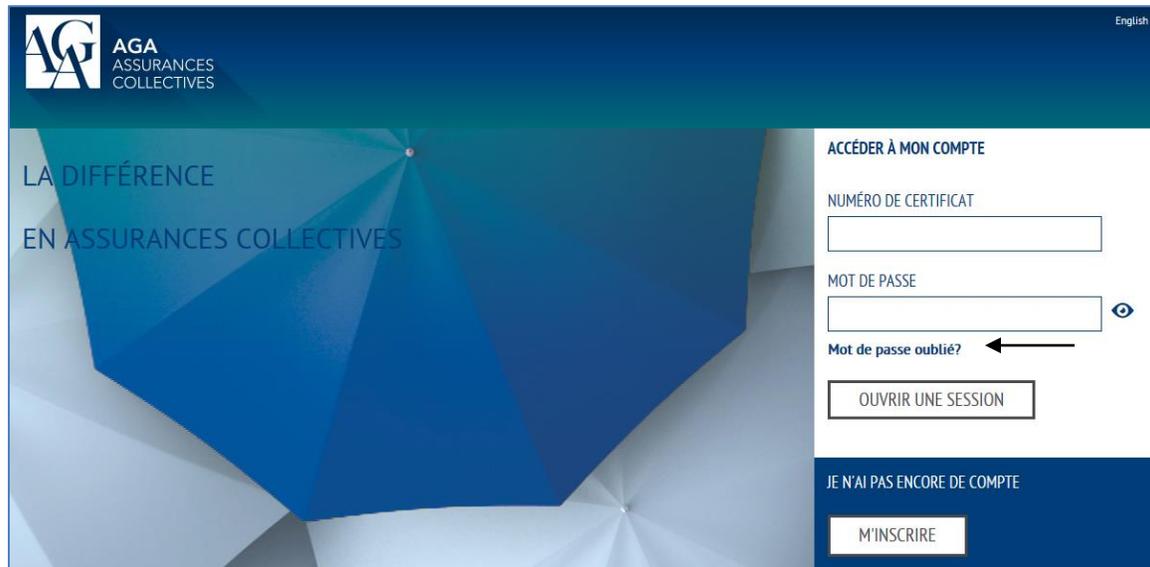
Aperçu du portail adhérents

The screenshot shows the AGA Assurances Collectives member portal. At the top, there is a navigation bar with the AGA logo and the text 'AGA ASSURANCES COLLECTIVES'. To the right, there is a link for 'VISITE GUIDÉE DU PORTAIL ADHÉRENTS >>>' and a dropdown menu for 'Mon dossier' showing 'Certificat: FAUCPA001'. Below the navigation bar, there are several buttons: 'SOUMETTRE UNE DEMANDE', 'LISTE DES DEMANDES TRAITÉES', 'FORMULAIRES', 'COMMUNIQUÉS', and 'NOUS JOINDRE'. The main content area is titled 'DERNIÈRES DEMANDES TRAITÉES' and displays a table of recent transactions. To the right of the table, there are two promotional banners: one for 'HYPERHEA' regarding mortgage rates and another for 'ÉCONOMISEZ SUR VOS MÉDICAMENTS!' regarding online pricing. At the bottom of the page, there is a copyright notice: '© Groupe Financier AGA. Tous droits réservés'.

Date	Description	Montant	Statut
1 avril 2016	Requête ou confirmation		
31 août 2015	Demande en vérification		
25 septembre 2014	Paiement 0 \$	Montant soumis: 0,00 \$ / Montant remboursé: 0,00 \$	
24 septembre 2014	Dépôt direct	Montant soumis: 160,00 \$ / Montant remboursé: 128,00 \$	
19 septembre 2014	Carte Telus/Assure	Montant soumis: 47,93 \$ / Montant remboursé: 30,34 \$	

Mot de passe oublié

Sur la page d'accueil du portail adhérents, cliquez sur « **Mot de passe oublié** » :



Dans la fenêtre qui s'ouvre à l'écran, entrez votre adresse courriel, celle donnée lors de l'inscription et cliquez sur « **Envoyer** » :



Un courriel automatisé vous sera envoyé dans l'immédiat, cliquez sur « **ici** » et suivre les étapes suivantes :

- Répondre à la question de sécurité (sélectionnée par vous lors de l'étape de l'inscription) ;
- Cliquer sur « **Envoyer** » ;
- Redéfinir un nouveau mot de passe ;

Vous recevrez enfin un message confirmant que la modification a été réalisée avec succès.

Comment s'inscrire au dépôt direct des prestations

Profitez d'un service pratique, fiable et sécuritaire en vous inscrivant au dépôt direct des prestations et recevez le remboursement de vos réclamations à même votre compte bancaire.

En ligne

Vous pouvez vous inscrire au dépôt direct dès maintenant via le portail adhérents. Après avoir ouvert une session, cliquez sur « **Mon dossier** », puis sur « **Informations bancaires** » :

The screenshot displays the AGA Assurances Collectives member portal. At the top, there is a navigation menu with options: SOUMETTRE UNE DEMANDE, LISTE DES DEMANDES TRAITÉES, FORMULAIRES, COMMUNIQUÉS, and NOUS JOINDRE. The main content area is titled 'DERNIÈRES DEMANDES TRAITÉES' and contains a table of recent claims. A sidebar on the right, titled 'Mon dossier', lists various account management options, with 'Informations bancaires' highlighted by a black arrow. Below the table, there is a link to 'Voir toutes vos demandes traitées >'. At the bottom of the page, there is a promotional banner for medication savings.

Date	Montant soumis	Montant remboursé	Statut
1 avril 2016	Cliquer ici pour voir les détails		Requête ou confirmation
31 août 2015	Cliquer ici pour voir les détails		Demande en vérification
25 septembre 2014	Montant soumis: 0,00 \$	Montant remboursé: 0,00 \$	Paiement 0 \$
24 septembre 2014	Montant soumis: 160,00 \$	Montant remboursé: 128,00 \$	Dépôt direct
19 septembre 2014	Montant soumis: 47,93 \$	Montant remboursé: 30,34 \$	Carte Telus/Assure

Entrez ensuite les informations demandées et cliquez sur « **Enregistrer** » :

The form is used for entering banking information. It includes a 'Référence' section with a barcode and labels for Succursale, Banque, and Numéro de compte. Below this, there are three input fields for 'Numéro de succursale:', 'Code d'institution:', and 'Numéro de compte:'. There is also a 'Date d'effet:' field with three input boxes. At the bottom, there are two buttons: 'ENREGISTRER' and 'ANNULER'.

Les demandes d'inscription au dépôt direct en ligne ainsi que les demandes de modifications d'informations bancaires sont traitées à l'intérieur de **48 à 72 heures ouvrables**.

Par la poste

Il est également possible de s'inscrire au dépôt direct en complétant le coupon de Demande de remboursement (ou le formulaire Demande de règlement assurance santé ou soins dentaires) et en joignant un spécimen de chèque avec la mention « annulé » :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT		Si les frais sont pour un enfant étudiant, veuillez REMPLIR LE VERSO	
Numéro du groupe 2337	Numéro de l'assuré PINMA005	<input type="checkbox"/> Assuré :	Martin Pinson M 1968.07.19
Changement d'adresse 1		<input type="checkbox"/> Conjoint :	Lison Pinson F 1975.07.18
Adresse		<input type="checkbox"/> Enfant(s) :	Léo Pinson M 2010.07.08
Ville		<input type="checkbox"/>	
Province	Code postal	<input type="checkbox"/>	
MONSIEUR MARTIN PINSON 1234, RUE DES OIES OISEAUVILLE QC H7J 7J7		<input type="checkbox"/>	
IMPORTANT Remplir et attacher ce coupon à vos reçus. Envoyer uniquement les reçus originaux (ou originaux identifiés "copie 1"). Aucun reçu ne vous sera retourné. Groupe financier AGA inc. 3500, boul. De Maisonneuve O., bur. 2200, WESTMOUNT QC H3Z 3C1		Personnes à charge assurées par un autre régime? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	REPLIR VERSO Ces frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> d'automobile? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
		Les frais non remboursables devront être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	L'excédent des frais remboursés devra être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> OUI , je désire recevoir mes remboursements de réclamations dans mon compte bancaire. Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé"	
		J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à Groupe financier AGA inc. ou à l'assureur les renseignements relatifs à la présente demande de remboursement.	
		Signature de l'employé	Date

Admissibilité et participation

Adhésion

La majorité des régimes inclut une clause de participation obligatoire à l'assurance. Au Québec, toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime collectif a aussi l'obligation d'y adhérer. Toutefois, si vous participez personnellement à un autre régime collectif ou si vous êtes assuré par le biais du régime de votre conjoint, il est possible de demander une exemption et ce, pour les garanties santé et dentaires seulement, toutes les autres garanties offertes par votre régime demeurent obligatoires. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.

Exemption au niveau des garanties soins de santé et dentaire

Vous pouvez demander une exemption en complétant le formulaire Changement de protection. Le formulaire est disponible auprès de votre employeur et devra lui être remis une fois complété.

Assurance-vie des personnes à charge

Cette garantie, si prévue à votre régime, est obligatoire avec certains assureurs lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles. Il est donc important d'avoir inscrit sur le formulaire Fiche d'adhésion toutes les informations relatives à votre conjoint et/ou enfants admissibles et ce, même si vous avez choisi une protection « Individuelle » ou une « Exemption ».

Personnes à charge

En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous avez la responsabilité et l'obligation d'inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective. Vous devrez également les désinscrire dès qu'elles ne sont plus admissibles au régime.

Prendre note que vos personnes à charge ne peuvent être assurées auprès de la R.A.M.Q. si vous êtes couverts par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint âgé de 65 ans et plus.

Prendre note qu'on entend par « enfant à charge » un enfant naturel ou adoptif ou l'enfant du conjoint, qui n'est pas marié, qui n'est pas employé à temps plein (à moins d'être étudiant à temps plein), qui n'est pas admissible à l'assurance collective, à titre d'employé, en vertu d'un contrat collectif et qui est âgé de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans (26 ans au Québec), s'il fréquente à temps plein une école, un collège ou une université. De plus, l'enfant assuré en vertu du contrat qui est atteint d'incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale à la date où il atteint l'âge auquel il cesserait autrement d'être couvert à titre de personne à charge est également admissible au titre de contrat.

Preuve de statut d'étudiant à temps plein

Vous devez nous confirmer le statut d'étudiant à temps plein de votre enfant à charge dès qu'il atteint l'âge de **21 ans** et ce, même si son anniversaire survient durant une année scolaire. Pour ce faire, remplir la section prévue à cet effet au verso de votre coupon de Demande de remboursement (sauf pour l'assureur Humania, une attestation officielle du registraire est requise, une copie de la facture d'études ou encore, l'horaire détaillé de l'étudiant) ou confirmez-le via le portail adhérents. Il est également possible de confirmer le tout auprès d'un agent de notre service à la clientèle, à l'exception de l'assureur Humania.

La confirmation du statut d'étudiant à temps plein doit être fournie une fois par année, soit avant le 1^{er} septembre, à l'exception de l'assureur Humania, pour lequel une nouvelle confirmation doit être fournie à chaque début de session (avant le 1^{er} septembre et avant le 1^{er} janvier). Vous devez bien entendu nous aviser dès que votre enfant à charge cesse de fréquenter à temps plein un établissement scolaire ou dès que celui-ci n'est plus à votre charge.

Modifications d'informations à votre dossier

Pour demander un changement de protection à la suite d'un événement de vie, par exemple une séparation, veuillez compléter le formulaire Changement de protection, disponible auprès de votre employeur. Une fois complété, le formulaire devra être remis à votre employeur.

Assurez-vous de faire les démarches rapidement puisque nous devons recevoir toute demande de changement dans les **31 jours** suivant la date d'effet du changement, à défaut, une déclaration de santé pourrait être exigée par l'assureur.

Nous vous suggérons bien entendu de conserver une copie du formulaire dûment complété à votre dossier.

Bénéficiaire(s)

Il est très important d'avoir désigné, à l'espace prévu sur le formulaire Fiche d'adhésion, un ou des bénéficiaire(s). À défaut de désigner un bénéficiaire, la prestation de décès sera versée à votre succession. Les bénéficiaires peuvent être **révocables** ou **irrévocables**.

- S'il s'agit d'un bénéficiaire révocable, vous pourrez à tout moment changer le bénéficiaire sans en informer ce dernier ;
- S'il s'agit d'un bénéficiaire irrévocable, vous devrez avoir le consentement par écrit du bénéficiaire avant d'apporter des changements concernant le bénéficiaire.

Pour les adhérents du Québec seulement, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire de l'adhérent. Quant à la désignation d'un fiduciaire, divers critères peuvent s'appliquer, veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

En tout temps, nous pouvons procéder au changement de votre bénéficiaire sur réception du formulaire Désignation ou Changement de bénéficiaires original dûment complété.

Brochure d'assurance

Pour savoir si un service ou une fourniture est admissible en vertu de votre régime collectif, consulter votre brochure d'assurance. Celle-ci explique en détails les garanties pour lesquelles vous et vos personnes à charges s'il y a lieu, êtes assurés. Elle vous sera remise par votre employeur dans les semaines qui suivent la mise en vigueur de votre groupe.

Sur réception de la brochure, nous vous invitons à en prendre connaissance dans les meilleurs délais.

Pour toute question concernant votre régime collectif, n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle par téléphone ou par courriel à service.client@aga.ca.

Certificat d'assurance

Le certificat d'assurance est émis dès la mise en vigueur du groupe et vous sera remis par votre employeur dans les journées qui suivent la date d'effet de l'assurance. Il indique entre autres les garanties assurées mais également, votre numéro de groupe et numéro de certificat, lesquels seront nécessaires pour communiquer avec nous.

Offert en partie détachable, le certificat s'accompagne du coupon de Demande de remboursement et de la carte portefeuille.

Nous conseillons fortement de prendre connaissance des garanties et de vérifier l'exactitude des informations qui y sont inscrites.

No du groupe		No de l'assuré	Nom de l'assuré	Mise en vigueur	Date d'émission
2337		MOINLU001	Moineau, Lucie	2014.10.01	2017.03.15

Résumé des protections		Assureur	No de contrat
Assurance vie		Prospect	00000
Décès et mutilation accidentels		Prospect	00000
Assurance vie des personnes à charge		Prospect	00000
Indemnité hebdomadaire		Prospect	00000
Incapacité longue durée		Prospect	00000
Soins de santé (Familiale)		Prospect	00000
Soins dentaires (Couple)		Prospect	00000

* Veuillez prendre connaissance de l'avis de constitution d'un dossier au verso.

AVIS

Cette carte est valide tant que le participant est assuré en vertu de la police collective.

Administré par :
 GROUPE FINANCIER AGA INC.
 3500, boulevard de Maisonneuve O., bureau 2200
 WESTMOUNT QC H3Z 3C1
 Tél. : (514) 935-5444 / 1 800 363-6217
 Téléc. : (514) 935-1147
 Courriel : service.client@aga.ca
 Portail adhérents : <https://adherents.aga.ca>

Numéro du groupe : 2337
 Certificat : MOINLU001
 Nom de l'assuré : Moineau, Lucie
 Santé : Hospitalisation Dentaire
 Famille : semi-privée Couple
 Assurance voyage : Couplé
 Prospect : 00000
 Pharmacia : 35 002337 0001LU001 01
 Dentiste : (AGA) 002337 0001LU001

TELU S | BSLFE

Les volumes pour lesquels vous êtes assurés ainsi que votre choix d'option (pour les régimes flexibles offrant des options) figurent sur votre **certificat en ligne** !

Formulaires

Tous nos formulaires sont disponibles sur notre site Web au www.aga.ca.

Formulaires administratifs



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount, QC, H3Z 3C1

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

En tout temps, le formulaire **Désignation ou changement de bénéficiaire** original doit nous être transmis par la poste.



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

AVIS DE RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

✉ *Il est important de remettre ce formulaire à votre employé lors de sa cessation d'emploi*

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(à remplir par l'employeur)

En cas de cessation d'emploi ou de résiliation de l'assurance, veuillez demander à votre employeur le formulaire **Avis de résiliation de l'assurance**, vous pourriez vous prévaloir du droit de transformation à l'égard de certaines garanties, si c'est ce que vous désirez.



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

CHANGEMENT DE PROTECTION

*Toute demande de changement doit être présentée dans les 31 jours suivant ledit changement,
à défaut, une déclaration de santé pourrait être exigée par l'assureur*

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le formulaire **Changement de protection** doit être complété si vous désirez modifier la protection détenue en raison d'un événement de vie.

Preuve d'assurabilité ou déclaration de santé

Ce formulaire est requis pour tout employé admissible à un volume d'assurance supérieur, qui adhère à l'assurance de façon retardataire ou qui demande une assurance facultative (si prévu à votre régime collectif). Le cas échéant, vous recevrez une lettre explicative de notre part, accompagnée du formulaire à compléter.

Formulaires de demande de prestations d'invalidité

Tous les formulaires en lien avec une demande de prestations d'invalidité, incluant les formulaires des assureurs, sont disponibles sur notre site Web www.aga.ca, Accès aux membres Adhérents.

Formulaire de réclamations



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

DEMANDE DE RÈGLEMENT ASSURANCE SANTÉ

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1

La **Demande de règlement assurance santé** peut être utilisée en remplacement du coupon Demande de remboursement. Le formulaire dûment complété devra nous être retourné par la poste accompagné des reçus originaux. Les originaux ne sont jamais retournés. Prendre note que pour l'achat de médicaments, la réclamation doit être transmise au moyen du service de paiement direct Telus Assure.



AGA
ASSURANCES
COLLECTIVES

DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES

3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2200, Westmount QC H3Z 3C1

SECTION 1 : PAR LE DENTISTE

Plan de traitement

CESSION AU DENTISTE

Toute réclamation en lien avec des soins dentaires doit être transmise au moyen du service de paiement direct Telus Assure. Toutefois, si pour une raison particulière une réclamation papier devait être produite, la **Demande de règlement soins dentaires** devra être complétée et nous être transmise par la poste.

Si vous devez produire une réclamation par la poste, prendre note que nous acceptons également le formulaire Demande de règlement soins dentaires utilisé par votre dentiste, à condition que les mêmes informations que celles inscrites sur notre formulaire s'y retrouvent.

Soins de santé et dentaires

Avant de soumettre votre demande de remboursement

Cession de paiement

Le remboursement est émis en tout temps à votre nom (adhérent), à l'exception des soins dentaires ou des soins hospitaliers, pour lesquels nous pouvons rembourser le dentiste ou le centre hospitalier sous présentation d'une cession de paiement signée par l'assuré, généralement située à même le formulaire de réclamations soins dentaires ou le formulaire émis par le centre hospitalier.

Compte de gestion santé (CGS)

Un compte de gestion santé (CGS) est un compte dans lequel l'employeur verse une allocation, souvent en fonction du type de protection choisi et aux termes duquel un adhérent à un contrat d'assurance collective peut obtenir le remboursement de soins de santé et dentaires non couverts par le régime d'assurance collective ou qui peut compléter sa protection existante.

Outre les frais découlant de l'application de la franchise ou des montants de coassurance, les dépenses admissibles sont celles qui sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu, d'où l'importance de fournir en tout temps un **reçu détaillé** dans le cadre d'une demande de remboursement. Pour les soins dentaires, le formulaire standard de réclamations doit être fourni, incluant les codes de frais (actes dentaires).

Nous vous référons aux liens suivants pour toutes informations complémentaires :

<http://www.revenuquebec.ca/fr/sepf/formulaires/in/in-130.aspx>

<http://www.cra-arc.gc.ca/F/pub/tg/rc4065/LISEZ-MOI.html>

Toute demande de remboursement aux termes d'un CGS peut être soumise par la poste ou encore en ligne et ne manquez pas l'occasion de consulter le solde de votre CGS dans la section «Mon dossier».

Coordination des prestations

La coordination des prestations est nécessaire lorsqu'un remboursement est demandé en vertu de plus d'un régime d'assurance collective. Pour toute demande de règlement assurance santé avec une coordination des prestations, assurez-vous de fournir une copie du relevé de règlement émis par l'autre assureur accompagné d'une copie des reçus qui lui ont été présentés aux termes de la demande de remboursement. En ce qui concerne les soins dentaires, nous devons recevoir les documents suivants :

- Le relevé de paiement du premier payeur (autre compagnie d'assurance) ;
- Une copie du formulaire de demande de remboursement transmise au premier payeur qui indique les codes de frais dentaires réclamés ;
- Un formulaire de demande de remboursement de soins dentaires AGA dûment complété et signé, nous indiquant à qui doit être versé le montant admissible au remboursement, à vous ou à votre dentiste.

Délai pour soumettre une demande de remboursement

Nous vous invitons à consulter votre brochure d'assurance collective afin de connaître le délai dont vous disposez à la fin d'une année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) ou suivant la date à laquelle les frais ont été engagés (selon votre assureur) pour soumettre les frais encourus durant cette année. En cas de changement d'assureur ou d'annulation de la police d'assurance, vous disposez généralement d'un délai de 90 jours pour soumettre une demande de remboursement, à l'exception de La Great-West, qui prévoit un délai de 15 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés et de Desjardins Sécurité Financière pour qui le délai est de 12 mois de la date des frais.

Recommandation médicale

Si vous êtes appelés à fournir une recommandation médicale selon les conditions de votre régime collectif, prendre note que toute recommandation médicale est valide pour une période de **12 mois** suivant la date de rédaction de la recommandation et doit également indiquer la **condition médicale** (diagnostic) qui requiert les soins.

Reçus originaux

Assurez-vous de joindre les reçus originaux à votre demande. Nous vous suggérons d'en conserver une copie puisqu'ils ne vous seront pas retournés. De plus, tous les frais présentés aux fins de remboursement, sans exception, doivent avoir été acquittés en totalité (aucun solde dû) et le reçu doit en faire mention.

Soumettre une demande de remboursement

Vous pouvez nous soumettre votre demande de remboursement par la poste ou via le portail adhérents (sauf pour les médicaments et soins dentaires ainsi que les frais hors-pays). Le professionnel de la santé ne peut nous soumettre une demande par voie électronique. De plus, les demandes de remboursement transmises par courriel ou télécopieur ne sont pas acceptées.

Telus Assure

Toutes demandes de remboursement relatives à des médicaments ou des soins dentaires ne peuvent être soumises en ligne, les demandes doivent être faites au moyen du numéro d'identification Assure inscrit sur la carte portefeuille. **Telus Assure** est un service de transmission électronique des réclamations qui élimine la corvée des formulaires à remplir et à poster ainsi que les problèmes d'oubli et de perte de factures, sans compter que ce service garantit la confidentialité des règlements. Vous ne payez au pharmacien ou au dentiste que la portion du montant non couverte par votre régime (franchise, ticket modérateur, coassurance, substitution générique). Le pharmacien ou le dentiste doit utiliser le **numéro d'identification Assure** inscrit sur votre carte portefeuille :

AVIS Cette carte est valide tant que le participant est assuré en vertu de la police collective. Administré par : GROUPE FINANCIER AGA INC. 3500, boul. de Maisonneuve O., bureau 2200 WESTMOUNT QC H3Z 3C1 Tél.: (514) 935-5444 / 1 800 363-6217 Télec. : (514) 935-1147 Courriel : service.client@aga.ca Portail adhérents : https://adherents.aga.ca	Numéro du groupe 2337 Certificat Nom de l'assuré MOINLU001 Moineau, Lucie Santé Hospitalisation Dentaire Familiale semi-privée Couple Assurance voyage Contrat Prospect 00000
	Pharmacien 35 002337 0MOINLU001 01 Dentiste (AGA) 002337 0MOINLU001



- 35** : numéro indiquant au pharmacien qu'il doit sélectionner AGA dans son système
- 002337** : numéro de groupe
- 0MOINLU001** : numéro de certificat de l'adhérent, pour les fins de transmissions électroniques, est composé d'un **zéro**, suivi de 6 lettres et de 3 chiffres
- 01** : numéro d'émission

Si la transmission s'avère infructueuse, le professionnel doit s'assurer dans un premier temps d'avoir entré la bonne date de naissance du réclamant, le bon code de relation (avec l'assuré principal) et le bon numéro d'identification Assure (ci-dessus).

Si des soins dentaires sont engagés à la suite d'un **accident**, il est important d'en faire mention à votre dentiste, ces frais doivent être considérés sous la garantie santé « accident dentaire » (si prévue à votre régime).

De plus, certains **médicaments** admissibles nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière afin d'être admissible à un remboursement.

Demande en ligne

Soumettre en ligne, c'est facile et rapide !

The screenshot shows the AGA Assurances Collectives website interface. At the top, there is a navigation bar with the AGA logo and the text 'AGA ASSURANCES COLLECTIVES'. To the right, there is a language selector for 'English' and a button for 'VISITE GUIDÉE DU PORTAIL ADHÉRENTS >>>'. Below this, a dropdown menu for 'Mon dossier' shows 'Certificat: FAUCPA001'. The main navigation bar includes links for 'SOUMETTRE UNE DEMANDE', 'LISTE DES DEMANDES TRAITÉES', 'FORMULAIRES', 'COMMUNIQUÉS', and 'NOUS JOINDRE'. The main content area is titled 'DERNIÈRES DEMANDES TRAITÉES' and contains a table of processed requests. To the right of the table are two buttons: 'SOUMETTRE UNE DEMANDE' and 'CARTE PORTEFEUILLE'. Below these buttons are two promotional banners: one for 'HYMOTHECA' regarding mortgage rates and another for 'ÉCONOMISEZ SUR VOS MÉDICAMENTS!' regarding medication prices. At the bottom of the page, there is a copyright notice: '© Groupe Financier AGA - Tous droits réservés'.

Date	Action	Statut	Description	Options
1 avril 2016	Cliquer ici pour voir les détails	>	Requête ou confirmation	▼
31 août 2015	Cliquer ici pour voir les détails	>	Demande en vérification	▼
25 septembre 2014	Montant soumis: 0,00 \$	>	Montant remboursé: 0,00 \$	Paiement 0 \$ ▼
24 septembre 2014	Montant soumis: 160,00 \$	>	Montant remboursé: 128,00 \$	Dépôt direct ▼
19 septembre 2014	Montant soumis: 47,93 \$	>	Montant remboursé: 30,34 \$	Carte Telus/Assure ▼

Voir toutes vos demandes traitées >

Pour obtenir tous les renseignements en lien avec le processus de soumission en ligne des demandes de remboursement, nous vous invitons à consulter notre **vidéo** via notre site Web www.aga.ca, section Adhérents en haut à droite.

Demande par la poste

Veillez **remplir** au complet le coupon de Demande de remboursement, partie détachable du certificat d'assurance, et y joindre les **reçus originaux** :

1
DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Si les frais sont pour un enfant étudiant, veuillez REMPLIR LE VERSO

Numéro du groupe **2337** Numéro de l'assuré **MOINLU001**

Assuré : **Lucie Moineau** **F 1980.01.01**

Conjoint : **Luc Moineau** **M 1970.01.01**

Enfant(s) : _____

Changement d'adresse 800 / 1

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

MADAME LUCIE MOINEAU
1234, RUE DES OISEAUX
OISEAUVILLE QC J8J 8J8

Personnes à charge assurées par un autre régime? Non Oui **REMPHIR VERSO**

Ces frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? Non Oui d'automobile? Non Oui

Les frais non remboursables devront être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non Oui

L'excédent des frais remboursés devra être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non Oui

OUI, je désire recevoir mes remboursements de réclamations dans mon compte bancaire.
Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé"

J'autorise les organismes ou professionnels de la santé concernés à communiquer à Groupe financier AGA inc. ou à l'assureur les renseignements relatifs à la présente demande de remboursement.

Signature de l'employé _____ Date _____

IMPORTANT
 Remplir et attacher ce coupon à vos reçus.
 Envoyer uniquement les reçus originaux (ou originaux identifiés "copie 1").
 Aucun reçu ne vous sera retourné.
Groupe financier AGA inc.
 3500, boul. De Maisonneuve O., bur. 2200, WESTMOUNT QC H3Z 3C1

- 1 Cocher pour qui sont les frais.
- 2 Répondre à chacune des questions.
- 3 Inscrire votre nouvelle adresse le cas échéant.
- 4 Si ce n'est pas déjà fait, vous pouvez vous inscrire au dépôt direct en cochant la case appropriée (et joindre un spécimen de chèque).
- 5 Signer le coupon Demande de remboursement.

Si vous n'avez pas le coupon en votre possession, vous pouvez utiliser le formulaire Demande de règlement assurance santé (ou soins dentaires), disponible sur notre site Web.

Pour confirmer le **statut d'étudiant à temps plein de votre enfant à charge** ou encore une coordination des prestations, compléter le verso du coupon « Demande de remboursement » :

À REMPLIR SI VOS PERSONNES À CHARGE SONT ASSURÉES PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE	TO COMPLETE IF YOUR DEPENDENTS ARE COVERED UNDER ANOTHER GROUP INSURANCE PLAN
Nom(s) des personne(s) à charge assurée(s) _____ Date de mise en vigueur de la protection _____ Protection : <input type="checkbox"/> Soins de santé → <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Soins dentaires → <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple S'il s'agit d'un enfant, veuillez indiquer les détails suivants : <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire → <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou l'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____	Dependent's name(s) _____ Effective date of coverage _____ Coverage: <input type="checkbox"/> Health care → <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Single parent <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Dental care <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Single parent <input type="checkbox"/> Couple If this is a child, please complete the following details: <input type="checkbox"/> Coverage by the plan of current spouse <input type="checkbox"/> Coverage by the plan of an educational institution → <input type="checkbox"/> including drug coverage <input type="checkbox"/> excluding drug coverage If the parents are separated, divorced or not living together: <input type="checkbox"/> Coverage by the plan of the other parent <input type="checkbox"/> Coverage by the plan of the spouse of the other parent <input type="checkbox"/> Coverage by the plan of the other parent and the spouse of the other parent Are you the sole custodial parent? <input type="checkbox"/> or does the other parent have sole custody? <input type="checkbox"/> or do you have shared custody? <input type="checkbox"/> If you share custody, please indicate the other parent's date of birth (YYYY/MM/DD) : _____
CONFIRMATION DE STATUT ÉTUDIANT (pour votre enfant à charge célibataire de 21 ans et plus, aux études à temps plein)	CONFIRMATION OF STUDENT STATUS (for your dependent child aged 21 or more, single and full-time student)
Nom de l'enfant (doit être célibataire) _____ Date de naissance _____ Nom de l'institution scolaire fréquentée _____ <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Étudiant à temps partiel Session : <input type="checkbox"/> Automne (septembre) <input type="checkbox"/> Hiver (janvier)	Name of the child (child has to be single) _____ Date of birth _____ Name of the school, college or university _____ <input type="checkbox"/> Full-time student <input type="checkbox"/> Part-time student Semester : <input type="checkbox"/> Autumn (September) <input type="checkbox"/> Winter (January)

Si votre demande comporte différents types de soins ou fournitures, vous pouvez insérer tous les reçus dans la même enveloppe.

Réponse à votre demande de remboursement

Délai de traitement

Les demandes transmises par la poste sont traitées dans un délai de 5 jours ouvrables suivant leur réception à nos bureaux. Ce délai peut varier en fonction du volume de réclamations reçues et de la période de l'année. Les demandes soumises via le portail adhérents sont quant à elles traitées en tout temps à l'intérieur de **48 à 72 heures ouvrables**.

Relevé de règlements

Un relevé de règlements est émis et vous sera posté suite au traitement de votre demande, à moins que vous ne soyez inscrit au dépôt direct, dans ce cas, le relevé de règlements est déposé sur le portail adhérents (voir « Dernières demandes traitées ») dans les 48 à 72 heures suivant la soumission en ligne. Un courriel vous sera transmis pour vous aviser qu'un relevé de règlements a été déposé sur le portail. Prendre note que tout relevé de règlements relatif à un **paiement émis à un tiers**, tel qu'un centre hospitalier ou un dentiste, est déposé sur le portail et ce, même si vous n'êtes pas inscrit au dépôt direct.

Il vous est possible non seulement de consulter mais également de **télécharger les relevés de règlements** en ligne en tout temps, à l'exception de ceux pour des médicaments achetés au moyen du service de paiement direct Telus Assure, pour lesquels vous devrez vous référer au reçu remis par le pharmacien.

Si aucun relevé de règlements n'apparaît sur le portail adhérents suite à la soumission en ligne, nous vous invitons à consulter la section Dernières demandes traitées :

DERNIÈRES DEMANDES TRAITÉES					
25 septembre 2014	Montant soumis: 0,00 \$	>	Montant remboursé: 0,00 \$	Demande en vérification ✓ ←	<input type="button" value="SOUMETTRE UNE DEMANDE"/>
24 septembre 2014	Montant soumis: 160,00 \$	>	Montant remboursé: 128,00 \$	Dépôt direct ✓	<input type="button" value="CARTÉ PORTEFEUILLE"/>

En effet, votre demande pourrait avoir été sélectionnée selon certains critères d'audit ou de façon aléatoire pour des fins de vérifications. Dans ce cas, des renseignements supplémentaires ou encore les reçus originaux seront exigés. Vous recevrez un courriel vous informant du dépôt d'un document (ou formulaire) dans la section Dernières demandes traitées et identifié « **Demande en vérification** ». Il est très important de retourner les informations demandées ou les reçus originaux accompagnés d'une copie du document ou du formulaire (ou d'écrire le numéro de confirmation de la demande sur le coupon de Demande de remboursement ou autre document annexé au coupon de Demande de remboursement), ceci permettra que votre demande soit traitée prioritairement sur réception. Si toutefois les documents demandés ne sont pas reçus chez AGA à l'expiration d'un délai de 30 jours, votre droit de soumettre en ligne sera suspendu temporairement. Advenant que vous ne donniez pas suite à notre demande, votre droit de soumettre en ligne pourrait être révoqué définitivement.

Si aucun relevé n'apparaît sur le portail adhérents et qu'aucun document n'a été déposé dans la section Dernières demandes traitées, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle par téléphone ou par courriel à service.client@aga.ca.

Aux fins de l'obtention de déductions fiscales, un document intitulé « **sommaire annuel** » est déposé sur le portail adhérents au début du mois de janvier de chaque année (voir Liste des demandes traitées). Ce document confirme les montants totaux réclamés (soumis) et remboursés pour toutes les personnes assurées sous le certificat. Vous aurez ainsi accès facilement à la portion des frais médicaux non remboursés, le cas échéant.

Aperçu du relevé de règlements

RELEVÉ DE RÈGLEMENTS		Administré par : GROUPE FINANCIER AGA INC. 3500, boul. de Maisonneuve O., bureau 2200 WESTMOUNT QC H3Z 3C1 Tél.: (514) 935-5444 / 1 800 363-6217 Portail adhérents: https://adherents.gfaga.com				
No du groupe :	1234	Nom de la division :	DEFG INC			
No de l'assuré :	ABCDEF001	Nom de l'assuré :	Effe ABCD			
Description du service	Montant soumis	Montant admissible	Fran-chise	Co-ass. %	Montant remboursé	*
Lea : enfant						
2015-09-08 Orthèses podiatriques	550,00	0,00	0,00	80,0	0,00	001
TOTAL	550,00	0,00	0,00		0,00	

Page 1

* Remarques ←

001 Veuillez nous soumettre le reçu original.

Vous recevez un remboursement moindre de celui auquel vous vous attendiez ? Il est important de bien lire les **remarques** indiquées sur le relevé de règlements. Pour toute question, n'hésitez pas à nous écrire ou à communiquer avec notre service à la clientèle.

Chèque non reçu

Dans l'éventualité où votre remboursement par chèque tarde à arriver, prendre note que nous acceptons de réémettre les chèques sous certaines conditions et seulement après un délai de 10 jours ouvrables suivant la date d'émission, considérant les délais de la poste qui peuvent parfois être plus longs.

Informations diverses sur votre couverture

Assurance voyage

Votre garantie de soins de santé couvre les frais admissibles pour des traitements médicaux requis suite à une blessure ou maladie survenue de façon fortuite, inattendue lorsque vous étiez hors de votre province de résidence. Un service d'assistance vous est offert ainsi qu'à vos personnes à charge le cas échéant, et ce, 24 heures par jour, tous les jours de la semaine.

Il est primordial que vous apportiez avec vous votre carte d'assurance voyage. Offerte en format portefeuille, le format peut varier selon l'assureur en place: carte plastifiée ou un autocollant appliqué à l'endos de la carte portefeuille. La carte d'assurance voyage peut également être téléchargée **en ligne**, dans la section Carte portefeuille :

[IMPRIMER LES CARTES](#)

CARTE PORTEFEUILLE

Avis

Cette carte est valide tant que le participant est assuré en vertu de la police collective.

Administré par:
GROUPE FINANCIER AGA INC.
3500, BOUL. DE MAISONNEUVE OUEST
BUREAU 2200
WESTMOUNT QC H3Z 3C1
TEL.: (514) 935-5444 / 1 800 363-6217
TÉLÉC.: (514) 935-1147
Courriel: service.client@aga.ca
WEB: http://www.aga.ca

Numéro du groupe	1850	
Certificat	FAUCPA001	
Nom de l'assuré	Faucon, Paul	
Santé	Hospitalisation	Dentaire
Monoparentale	Semi-privée	Monoparentale
Assurance voyage	Assomption via AGAFLEX	
Contrat	12842	
Pharmacien	35 001850 0FAUCPA001 01	
Dentiste	(AGA) 001850 0FAUCPA001	

Veillez noter que votre numéro de certificat Assure est composé d'un 0 (zéro) suivi de 9 caractères alphanumériques.

[TÉLÉCHARGER LA CARTE D'ASSURANCE-VOYAGE](#) ←

Si vous devez appeler l'assistance voyage durant votre séjour à l'étranger, vous devrez préciser votre numéro de groupe et votre nom (celui de l'adhérent). Vous devrez également souligner que votre groupe est administré par AGA assurances collectives.

De plus, il est important de savoir que la majorité des assureurs prévoient une clause au contrat qui oblige l'assuré à aviser la compagnie d'assistance-voyage, dès la survenance d'une blessure, accident ou maladie. Vous obtiendrez par la même occasion l'accord préalable de la compagnie d'assistance-voyage avant d'entreprendre toute initiative ou d'engager toutes dépenses. Si vous manquez à cette obligation, vous pourriez vous voir limiter ou refuser le remboursement de certains frais.



Saviez-vous que la durée du séjour à l'étranger ne doit pas excéder la limite de couverture prévue au contrat ou encore, que tout problème de santé doit avoir fait l'objet d'une période de stabilité avant le départ ?

Pour toute question avant le départ, communiquez avec le service à la clientèle d'AGA assurances collectives et non l'assureur.

Analyses de laboratoire

Les frais pour les analyses de laboratoire, si prévues à votre régime collectif, sont généralement admissibles à un remboursement si elles sont effectuées à la demande de votre médecin dans un laboratoire reconnu et dans le but de poser un **diagnostic**. Les services à des fins de dépistage génétique ne sont généralement pas admissibles à un remboursement.

Orthèses et chaussures orthopédiques

Certains régimes collectifs ne couvrent que les chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, c'est-à-dire une chaussure qui est spécialement conçue pour une seule personne à partir d'une technique de moulage. Dans le cadre d'une réclamation, une recommandation médicale doit être fournie, incluant le diagnostic et le reçu devra préciser qu'il s'agit de chaussures faites sur mesure. Des renseignements complémentaires pourraient également être exigés. D'autres régimes peuvent également couvrir les chaussures de série (et/ou profondes). Il est important de savoir que pour être admissibles, ces chaussures doivent en général avoir subi une modification pour pallier les difformités du pied. Une liste des modifications apportées à la chaussure de série ou profonde pourrait être exigée. Les chaussures standard vendues au détail ne sont jamais admissibles à un remboursement. De plus, toute chaussure doit être fabriquée et délivrée par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique.

En ce qui concerne les orthèses podiatriques, des renseignements complémentaires pourraient être demandés, tels que par exemple, une photocopie de l'examen biomécanique. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle.

Demande de remboursement

Si un remboursement vous est demandé, par exemple, si des frais engagés après la date de terminaison de votre assurance ont été remboursés, prendre note qu'un chèque au montant demandé émis au nom de Groupe Financier AGA « In trust » devra nous être posté dans les meilleurs délais.

Il est également possible de nous faire parvenir votre remboursement par **virement interac**. Si tel devait être le cas, la réponse à la question de sécurité que vous serez appelé à choisir devra être « ORANGE ».

Échographies

Bien que votre régime collectif puisse couvrir les échographies, il est possible que certaines échographies ne soient pas couvertes par votre régime, telles que certaines échographies de grossesse. N'hésitez donc pas à communiquer avec les agents de notre service à la clientèle.

Exclusions

Certains services ou fournitures ne sont pas admissibles à un remboursement, tels que les soins de nature esthétique ou encore qui n'ont pas été engagés dans le but de traiter une maladie ou un état de santé. À titre d'administrateur de votre régime collectif, notre rôle est de nous assurer de la pertinence et de la validité de toute réclamation, c'est pourquoi des renseignements supplémentaires pourraient être demandés.

Frais usuels et raisonnables

Prendre note que seuls les frais jugés usuels et raisonnables en lien avec le type de soins réclamés seront remboursés. Il est donc possible que vous receviez un remboursement moindre que le montant qui est présenté pour fins de remboursement.

Honoraires de médecin

Les honoraires professionnels qui pourraient être exigés par votre médecin pour l'obtention d'informations médicales en lien avec une demande de remboursement (ou une demande de prestations d'invalidité) ne sont pas remboursables, à moins d'indication contraire à votre brochure d'assurance.

Plan de traitement

Si le coût global estimé des soins de santé ou dentaires dépasse **500 \$**, il est fortement conseillé de présenter un plan de traitement détaillé avant de débiter le traitement, incluant le type de soins à fournir, les dates prévues des soins et les sommes exigées pour chaque soin. Si vous omettez de fournir à l'avance un plan de traitement incluant une estimation des frais ou des honoraires, vous pourriez recevoir un remboursement inférieur à vos attentes ou encore, si les services ne sont pas admissibles à un remboursement, avoir à assumer la totalité des frais.

Le plan de traitement pourra être transmis par courriel à service.client@aga.ca ou par télécopieur. Assurez-vous également d'avoir répondu à chacune des questions situées sur le formulaire standard de réclamation ou encore, de compléter et joindre le coupon Demande de remboursement au plan de traitement.

Obtenez une réponse à votre plan de traitement rapidement !

Demandez à votre dentiste de soumettre votre plan de traitement à l'aide du numéro d'identification Assure inscrit sur la carte portefeuille.

Nous vous informerons de l'admissibilité des services conformément aux dispositions de votre régime. La réponse à votre demande de plan de traitement sera valide pour une durée de **6 mois** (à moins d'un changement d'assureur pour votre groupe).

Preuve de paiement

Nous pourrions demander une preuve de paiement, c'est-à-dire une preuve que la transaction a bien été effectuée afin de confirmer que le montant réclamé a été intégralement payé. C'est pourquoi nous vous suggérons de payer vos services autrement qu'en argent comptant, de sorte à pouvoir fournir sur demande une preuve de paiement identifiable tel qu'un relevé de carte de crédit, d'un reçu de paiement Interac ou encore, dans le cas de paiement par chèque, d'un relevé bancaire indiquant le nom du professionnel à qui le chèque a été émis.

Services rendus par des professionnels de la santé

En ce qui concerne les soins dispensés par un professionnel de la santé, par exemple, un massothérapeute, il est primordial de nous présenter un reçu sur lequel sont indiqués les coordonnées complètes du thérapeute, incluant son nom complet, le nom de son association, son numéro de membre, les coordonnées de la clinique où il exerce, le détail des soins prodigués.

Pour les soins de naturopathie, la **raison du traitement**, c'est-à-dire la raison pour laquelle les traitements ont été prodigués, doit être inscrite sur le reçu émis par le thérapeute.

De plus, selon les exigences des assureurs et afin d'être admissible à un remboursement, tous les soins de santé doivent être prodigués par un fournisseur de soins de santé membre en règle d'une association professionnelle reconnue par le gouvernement ou par leurs propres critères. Le fait d'appartenir à une association ne rend pas automatiquement les frais d'un thérapeute admissibles. Vous devez donc vous renseigner sur le droit à exercer de votre thérapeute afin de connaître l'association dont il est membre et établir si cette association est reconnue par l'assureur, afin d'éviter que ces frais ne soient refusés.

Substitution générique

On entend par substitution générique le fait de rembourser l'employé sur le coût du médicament générique, même s'il choisit d'acheter le médicament original. Il est important de savoir que les médicaments génériques sont produits en copiant intégralement les ingrédients actifs et la formule des médicaments originaux. Le fait d'acheter un générique plutôt qu'un original permet à tous de réaliser des économies et ce, sans compromettre l'efficacité du traitement. De plus, votre pharmacien a le pouvoir de substituer un générique à un original. **La substitution générique, avez-vous les moyens de vous en passer ?** Parlez-en à votre pharmacien lors de votre prochaine visite.

Transport ambulancier

Pour réclamer des frais en lien avec un transport ambulancier, assurez-vous de nous faire parvenir la Déclaration de transport des usagers, émis par les services ambulanciers, indiquant clairement la date du transport, la distance parcourue, le nom de l'utilisateur, le coût du transport, le lieu de prise en charge et le lieu d'arrivée. Le remboursement sera émis à votre nom (adhérent).

Vérifications des demandes

À titre d'administrateur de votre régime collectif, nous avons le droit de vérifier l'exactitude des renseignements que vous avez fournis relativement à votre demande de règlement. Sur demande, vous devrez nous soumettre les reçus originaux et toutes pièces justificatives rattachées à la demande de règlement et ce, dans les 30 jours suivants la date à laquelle ces documents vous ont été demandés.

Pour ce qui est des demandes soumises en ligne, durant cette période, votre droit de soumettre en ligne sera suspendu temporairement. À défaut de recevoir les renseignements demandés ou les reçus originaux dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils sont demandés, votre demande de remboursement sera refusée et nous nous réservons le droit de révoquer votre privilège de soumettre des demandes en ligne. Le cas échéant, les demandes de règlements ultérieures devront être soumises à l'aide du coupon de Demande de remboursement ou du formulaire papier.

Assurance salaire

En vertu des garanties d'indemnité hebdomadaire (IH) et/ou de longue durée (ILD), une prestation d'invalidité peut être versée à l'adhérent qui est dans l'impossibilité d'accomplir son travail en raison d'une invalidité totale, nous vous invitons à consulter votre brochure d'assurance pour connaître tous les détails. Il est important de savoir que le seul fait de présenter une demande de prestations invalidité ne constitue pas un accès aux prestations d'invalidité. Votre demande sera analysée et le résultat de l'analyse déterminera votre admissibilité aux prestations.

Soumettre une demande

Toute demande de prestations d'invalidité (indemnité hebdomadaire ou invalidité de longue durée) comprend une déclaration de l'adhérent, de l'employeur et du médecin traitant et doit nous être retournée par courriel (à l'exception des assureurs Humania et Croix-Bleue pour lesquels les documents originaux sont requis) à salaire@aga.ca, et non pas à l'assureur directement.

Tous les formulaires, incluant ceux des assureurs, sont disponibles sur notre site Web www.aga.ca. Les formulaires d'AGA assurances collectives doivent être complétés seulement si la garantie d'invalidité de courte durée est auto-assurée.

Pour toute demande de prestations d'invalidité de longue durée, prendre note que certains documents doivent être fournis en sus des formulaires de réclamation dûment complétés. Nous vous invitons à consulter notre site Web pour connaître les détails.

Votre médecin traitant devra compléter **obligatoirement** la déclaration médicale. Toute demande de prestations d'invalidité initiale ne peut être évaluée uniquement avec un certificat médical. Nous vous suggérons de conserver une copie de tous les documents transmis dans le cadre de votre demande de prestations d'invalidité à votre dossier.

Garantie Invalidité de longue durée

Si vous n'êtes pas assuré pour la garantie d'indemnité hebdomadaire (IH), vous devrez normalement présenter une demande de prestations maladie à l'assurance-emploi. Vous ne serez admissible à des prestations d'invalidité de longue durée qu'après le délai de carence prévu à votre régime. Nous vous suggérons de nous faire parvenir votre demande de prestations d'invalidité de longue durée de 4 à 6 semaines avant la fin du délai de carence.

Réponse à votre demande

Toute demande de prestations est évaluée **par l'assureur**, sauf s'il s'agit d'une demande de prestations d'indemnité hebdomadaire et que la garantie est auto-assurée. Puisque le délai de traitement des demandes varie d'un assureur à un autre et d'une période de l'année à un autre, il nous est impossible de vous indiquer un délai précis. Vous recevrez toutefois une lettre de décision de l'assureur. Pour tout suivi sur votre demande, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle ou avec votre assureur directement.