

Morcare devient

ALUMO

 Formulaire de demande de remboursement des soins de santé

Toutes les demandes de remboursement doivent être envoyées à Morcare, à l'adresse ci-dessous, dans les six mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés ou le 30 novembre 2025, en fonction de la première des éventualités. Le demandeur ou la demandeuse doit fournir une adresse valide au Canada pour pouvoir recevoir le remboursement. Les chèques de remboursement ne seront pas envoyés à une adresse en dehors du Canada.



Veillez envoyer votre demande de remboursement à l'adresse courriel : claims@morcare.ca

Vous avez également l'option de l'envoyer par la poste à : Morcare Insurance, 2255 Sheppard Ave East, Suite 202, 2nd Floor, Atria 1, Toronto, ON M2J 4Y1

**SECTION 1A. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT·E****VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Veillez fournir les renseignements suivants :

Morcare devient
ALUMO

 **Veillez vous référer à votre carte Alumo**

☐ Homme ☐ Femme

Collège Boréal
Établissement (collège / université)

Carte d'assurance pour les étudiant·e·s internationaux·ales

Nom de famille

Prénom

NUMÉRO DE CERTIFICAT MÉDICAMENTS, SOINS DENTAIRES ET DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES : 100004

Scimsecure

NUMÉRO DE CERTIFICAT

→ Veillez vous référer à votre carte Alumo

NUMÉRO DE CERTIFICAT, HÔPITAL, MÉDECIN, DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTEL : 100011038

IAA

NUMÉRO DE CERTIFICAT

→ Veillez vous référer à votre carte Alumo

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE COURRIEL	
ADRESSE AU CANADA (NUMÉRO ET NOM DE RUE)	
NUMÉRO D'APPARTEMENT/ D'UNITÉ	VILLE
PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 1B. RENSEIGNEMENTS SUR LA OU LES PERSONNE(S) À CHARGE (CONJOINT·E OU ENFANT DE L'ÉTUDIANT·E)**VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Remplissez cette section uniquement si vous envoyez une demande de remboursement pour une ou plusieurs personne(s) à charge.

Listez les noms de toutes les personnes pour lesquelles vous faites une demande de remboursement. Ajoutez tous les reçus et indiquez le montant total du remboursement demandé. Assurez-vous que tous les reçus indiquent clairement le type de dépenses pour lesquelles vous demandez un remboursement. Joignez les exemplaires ORIGINAUX des reçus qui indiquent que vous avez payé la totalité de la somme au fournisseur (les photocopies de factures/reçus ne sont pas acceptées).

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	Genre	Date de naissance (jj-mm-aa)	Lien avec vous	Étudiant·e à temps plein	Enfant handicapé·e	Montant de la demande de remboursement
					☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	\$
					☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	\$

SECTION 2. INFORMATION ABOUT YOUR CLAIM**PLEASE PRINT CLEARLY**

Veillez décrire la raison de votre demande de remboursement et vos symptômes.

Par exemple : mal de ventre, migraine, os cassé, fièvre, infection des yeux, lunettes/lentilles de contact, massothérapie, médicaments sur ordonnance, etc.

	MONTANT TOTAL DES FRAIS \$
Date du premier diagnostic des symptômes (jj-mm-aa) :	

Votre demande est-elle liée à une grossesse ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (jj-mm-aa) :

Votre demande est-elle liée à un accident? ☐ No ☐ Yes Si oui, veuillez expliquer ce qui s'est passé :	DATE DE L'ACCIDENT (JJ-MM-AAAA)
--	--

Votre demande est-elle liée à l'un des éléments suivants?	
☐ Stage en milieu de travail pour le collège (Veuillez joindre la confirmation de stage)	☐ Programme collégial (EPE, soins infirmiers, etc.) (Veuillez joindre l'avis relatif aux exigences médicales)

Veillez lire attentivement la totalité de cette page si vous faites une demande de remboursement de vos dépenses médicales au titre de votre régime de remplacement de l'Assurance-santé de l'Ontario. Voici quelques exemples :

- Consultation à l'hôpital/hospitalisation
- Clinique sans rendez-vous
- Radiographies et échographies
- Consultations aux urgences
- Consultation d'un-e médecin
- Analyses de sang

SECTION 3. DÉPENSES PARAMÉDICALES

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Cette section doit être remplie si la demande de remboursement concerne des services paramédicaux, des radiographies ou des frais de laboratoire.

Date de la première
consultation
concernant le
problème médical
(jj-mm-aaaa)

Date de prestation du service (jj-mm-aaaa)	Nature de la maladie ou de la blessure	Description de la demande	Montant payé	Nom du ou de la médecin prescripteur-ric	

SECTION 4. COMPTE-RENDU DU OU DE LA MÉDECIN (À REMPLIR PAR LE OU LA MÉDECIN)

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Votre médecin doit remplir cette section si votre demande de remboursement concerne des frais médicaux ou hospitaliers, ou les services d'un-e médecin.

NOM DU OU DE LA MÉDECIN		NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU OU DE LA PRESTATAIRE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DU OU DE LA PRESTATAIRE (NUMÉRO ET NOM DE RUE)		NUMÉRO DU LOCAL	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
DATE À LAQUELLE LE OU LA PATIENT-E VOUS A CONSULTÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS POUR CE(S) SYMPTÔME(S) (JJ-MM-AAAA)					

Date du service (jj-mm-aaaa)	Description du service	Code de procédure de l'Assurance-santé de l'Ontario (plus unités de temps, le cas échéant)	Frais	Code de diagnostic

DIAGNOSTIC (DÉCRIRE LES COMPLICATIONS, S'IL Y A LIEU)/PROCÉDURES (UTILISER LES TERMES EXACTS DU BARÈME D'HONORAIRES)

Je déclare que ce qui précède reflète fidèlement les services que j'ai rendus.

X
SIGNATURE DU OU DE LA MÉDECIN (OU TAMPON)

DATE (JJ-MM-AAAA)

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc.

Services médicaux à titre de régime de remplacement de l'Assurance-santé de l'Ontario (par exemple, hôpital, services de médecins, radiographies, analyses de sang, etc.)

En mon nom, et/ou au nom de mon conjoint ou de ma conjointe, et/ou de tout-e assuré-e mineur-e, je DIVULGUE les renseignements compris dans ce formulaire de demande de remboursement à Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. (la « Société ») et CONSENS à ce que ces renseignements soient utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande de remboursement et police d'assurance.

Par la présente, j'autorise la Société, à des fins d'enquête, d'évaluation et d'administration de ma demande, à :

- Recueillir uniquement les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus, auprès de n'importe quelle personne ou organisation qui possède des renseignements personnels à mon égard, y compris les assureurs, réassureurs et institutions financières; les médecins, institutions médicales et prestataires de soins de santé; les employeurs et administrateurs de régimes collectifs d'avantages sociaux; les agents et courtiers; les agences d'enquête et d'évaluation du crédit; et toute personne ou organisation susceptibles de disposer de renseignements personnels pertinents pour ma demande.
- Divulguer et échanger uniquement les renseignements personnels nécessaires dont dispose la Société à mon sujet aux personnes et organisations mentionnées ci-dessus.

Je comprends que les renseignements personnels obtenus par le biais de la présente autorisation seront utilisés par la Société dans le cadre de l'enquête, de l'administration et de l'évaluation d'une demande de prestations. Les renseignements recueillis ne seront pas divulgués par la Société, sauf aux personnes ou organisations fournissant des services commerciaux ou juridiques en rapport avec ma demande, ou en cas d'obligations légales ou de mon éventuelle autorisation future. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique sera aussi valide que l'originale. Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et que toute déclaration faite lors d'un entretien personnel ou téléphonique concernant cette demande est véridique et complète. J'accepte que toutes ces déclarations constituent la base de toute prestation approuvée à la suite de cette demande.

SécurIndemnité

Pour les services de santé complémentaires (par exemple les médicaments sur ordonnance, la physiothérapie, les services d'ambulance, les lunettes/ lentilles de contact, etc.)

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets et que les frais ci-dessus portent sur des biens et services dont j'ai bénéficié, ou dont mon conjointe/ma conjointe ou mes autres personnes à charge admissibles ont bénéficié. Je certifie que je suis autorisé-e à divulguer et à recevoir des renseignements sur mon conjoint/ma conjointe et/ou mes autres personnes à charge aux fins d'évaluation et de paiement d'une prestation, le cas échéant. Je reconnais que, à moins qu'il ne soit attribué au fournisseur de services, tout remboursement des frais susmentionnés et toute explication des montants payés seront fournis au membre du régime de prestations. J'autorise SécurIndemnité, les professionnel s de la santé, les assureurs, les administrateurs de régimes gouvernementaux ou d'autres régimes de prestation, et d'autres fournisseurs de services travaillant avec SécurIndemnité à échanger les renseignements personnels relatifs à cette demande qui sont nécessaires pour administrer mon régime d'assurance-maladie.

Important - Cochez l'une des cases suivantes :

VEUILLEZ JOINDRE TOUTES LES FACTURES ORIGINALES

☐	LE PAIEMENT DOIT ÊTRE VERSÉ À L'ÉTUDIANT-E	☐	LE PAIEMENT DOIT ÊTRE VERSÉ À L'HÔPITAL/AU OU À LA MÉDECIN/A LA CLINIQUE
--------------------------	--	--------------------------	--

MODE DE PAIEMENT :
*COMPTES BANCAIRES CANADIENS UNIQUEMENT

☐ CHÈQUE

☐ TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (POUR LES PAIEMENTS PAR TEF, VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS CI-DESSOUS ET VÉRIFIER L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS)

CLIQUEZ ICI POUR UN EXEMPLE

NOM DE LA BANQUE	NOM DU OU DE LA TITULAIRE DU COMPTE	NOM DU OU DE LA BÉNÉFICIAIRE (SI DIFFÉRENT DU OU DE LA TITULAIRE DU COMPTE)	
ADRESSE DU OU DE LA TITULAIRE DU COMPTE			
ADRESSE COURRIEL DU OU DE LA BÉNÉFICIAIRE	NUMÉRO DE TRANSIT	NUMÉRO DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	NUMÉRO DE COMPTE

X

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

NUMÉRO D'ÉTUDIANT-E

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE DU OU DE LA PATIENT-E/TUTEUR-RICE (SIGNER ICI)

Lorsque votre demande sera reçue...

Veillez noter que toutes les demandes font l'objet d'un processus de décision standard. Vous devriez recevoir une réponse dans les 30 jours suivant la date de réception de la demande par Morcare Insurance. Nous vous donnerons l'une des réponses suivantes : (A) Paiement ou notification de paiement à un e prestataire; (B) Demande de renseignements complémentaires, si nécessaire; (C) Acceptation ou refus de la demande avec motifs.

SECTION 6. SOUMISSION

Veillez envoyer votre demande à l'adresse courriel suivante : claims@morcare.ca

Autre option, au besoin, par la poste à : Morcare Insurance, 2255 Sheppard Ave East, Suite 202, 2nd Floor, Atria 1, Toronto, ON M2J 4Y1

PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. (la « Société ») reconnaît et respecte le droit à la vie privée de toutes et tous. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier de demandes confidentielles dans les bureaux de la Société ou d'un organisme autorisé par l'assureur, dans un endroit sécurisé. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans vos dossiers à notre personnel ou aux personnes autorisées par la Société qui ont besoin d'y accéder pour exercer leur fonction, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons ces renseignements pour enquêter sur votre demande et les termes des dispositions du contrat d'assurance, les évaluer et les administrer. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et corriger toute information inexacte. Tout renseignement personnel relatif à votre santé vous sera transmis par l'intermédiaire d'un-e médecin de votre choix. Pour consulter vos renseignements personnels, veuillez envoyer une demande écrite à l'attention du service des demandes de remboursement à Claims Department, Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc., 2165 Broadway W, PO Box 5900, Vancouver, BC, V6B 5H6, en précisant le nom du ou de la médecin praticien-ne.