



# GUIDE DES ADHÉRENTS



**AGA**  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

Le présent guide a été rédigé dans le but de vous informer des principales particularités en lien avec votre 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.

Pour vérifier si les services ou produits dont il est question dans ce guide sont bien admissibles, veuillez vous référer à la brochure d'assurance ou communiquer avec notre Équipe relations clients.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PORTAIL ADHÉRENTS .....</b>	<b>4</b>
Comment se connecter.....	5
Mot de passe oublié .....	7
<b>COMMENT S'INSCRIRE AU DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS .....</b>	<b>9</b>
En ligne.....	9
Par la poste .....	9
<b>ADMISSIBILITÉ ET PARTICIPATION .....</b>	<b>10</b>
Adhésion.....	10
Exemption au niveau des garanties soins de santé et dentaire .....	10
Assurance-vie des personnes à charge .....	10
Personnes à charge .....	10
Preuve de statut d'étudiant à temps plein.....	11
Modifications d'informations à votre dossier .....	11
Bénéficiaire(s).....	11
<b>BROCHURE D'ASSURANCE .....</b>	<b>12</b>
<b>CERTIFICAT D'ASSURANCE .....</b>	<b>12</b>
<b>FORMULAIRES.....</b>	<b>12</b>
Formulaires administratifs.....	12
Formulaires « Preuve d'assurabilité » ou « Déclaration d'assurabilité » .....	13
Formulaires de demande de prestations d'invalidité.....	13
Formulaire de réclamations .....	14
<b>SOINS DE SANTÉ ET DENTAIRES .....</b>	<b>15</b>
Avant de soumettre votre demande.....	15
Cession de paiement.....	15
Compte de gestion santé (CGS) .....	15
Coordination des prestations .....	15
Délai pour soumettre une demande de remboursement .....	16
Recommandation médicale .....	16
Reçus originaux.....	16
Soumettre votre demande .....	17
TELUS Assure.....	17
Demande en ligne .....	18
Demande par la poste .....	19
Réponse à votre demande .....	20
Relevé de règlements.....	20
Aperçu du relevé de règlements.....	21
Chèque non reçu.....	21
<b>INFORMATIONS DIVERSES SUR VOTRE COUVERTURE .....</b>	<b>22</b>
Assurance voyage .....	22
Analyses de laboratoire .....	23
Orthèses et chaussures orthopédiques .....	23
Demande de remboursement.....	24
Échographies.....	24
Exclusions .....	24
Frais usuels et raisonnables .....	24
Honoraires de médecin.....	24
Plan de traitement .....	24
Preuve de paiement .....	25
Services rendus par des professionnels de la santé .....	25
Substitution générique.....	26
Transport ambulancier.....	26
Vérifications des demandes.....	26
<b>ASSURANCE SALAIRE.....</b>	<b>27</b>
Soumettre votre demande .....	27
Garantie Invalidité de longue durée .....	27
Réponse à votre demande .....	27
<b>NOUS JOINDRE.....</b>	<b>28</b>

## PORTAIL ADHÉRENTS

Le Portail adhérents, facile d'utilisation et accessible à partir d'un ordinateur, tablette numérique ou téléphone intelligent, vous permet de :

- Consulter les soins de santé admissibles sous « Mon régime ».
- Consulter et imprimer votre carte portefeuille et votre carte d'assurance voyage sous « Mon assurance collective ».
- Consulter votre certificat d'assurance et des guides et formulaires sous « Mon assurance collective ».
- Soumettre vos demandes de réclamation sous « Soumettre une demande ».
- Consulter vos demandes soumises et traitées et vos relevés de règlements sous « Mes demandes ».
- Consulter des communiqués, des documents administratifs, des demandes de vérification, requête ou confirmation, des demandes de réadhésion, des sommaires annuels, entre autres, dans la boîte « Ma messagerie », et répondre à certains documents, notamment, des documents administratifs (p. ex., déclarations de santé ou demandes d'évaluation par volume excédentaire), des documents relatifs aux réclamations pour validation.
- Modifier vos informations bancaires ou coordonnées personnelles et les informations de vos personnes à charge sous « Mon dossier ».

Comme 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.

De plus, si votre certificat d'assurance devait être terminé, prendre note qu'il vous sera possible de soumettre des demandes que dans les 90 jours suivant la terminaison. Vous pourrez toutefois consulter votre dossier pour une période indéterminée.

The screenshot displays the AGA Assurances Collectives member portal. At the top, the AGA logo and name are on the left, and a navigation bar contains links: MON COMPTE, MES DEMANDES, SOUMETTRE UNE DEMANDE, COMPARER COÛTS DE MÉDICAMENTS, MON ASSURANCE COLLECTIVE (highlighted), and MON DOSSIER. Below the navigation bar is a dark blue header with a 'RETOUR' link and the title 'MON ASSURANCE COLLECTIVE'. Underneath, there are input fields for 'No. de groupe' and 'No. de certificat'. The main content area features six service tiles: 'CARTE PORTEFEUILLE' (wallet icon), 'CARTE VOYAGE' (airplane icon), 'CERTIFICAT' (document icon), 'MON RÉGIME' (list icon), 'GUIDES ET FORMULAIRES' (book icon), and 'FRAIS USUELS ET RAISONNABLES' (dollar sign and 'G' icon). To the right of these tiles is a section titled 'PARTAGEZ VOTRE EXPÉRIENCE' with five star icons.

## Comment se connecter

- Veuillez vous assurer d'avoir votre numéro de certificat (XXXXXX000) ainsi que votre numéro de groupe (XXXX) en main.
- L'accès au Portail adhérents se fait exclusivement **via notre site sécurisé** [AGA - Portail adhérents](#) (application mobile non disponible). Vous pouvez utiliser le courriel de bienvenue qui vous a été transmis lors de votre adhésion ou vous rendre directement sur notre site [www.aga.ca](http://www.aga.ca).
- Cliquez sur le bouton « M'inscrire » et suivez les étapes indiquées.

ACCÉDER À MON COMPTE

COURRIEL OU NUMÉRO DE CERTIFICAT

MOT DE PASSE

Mot de passe oublié ?

OUVRIR UNE SESSION

JE N'AI PAS ENCORE DE COMPTE

M'INSCRIRE

INSCRIPTION - ÉTAPE 1 DE 2

DATE DE NAISSANCE

AAAA-MM-JJ

COURRIEL

CODE POSTAL

NUMÉRO DE GROUPE

NUMÉRO DE CERTIFICAT

SUIVANT

J'AI DÉJÀ UN COMPTE

OUVRIR UNE SESSION

INSCRIPTION - ÉTAPE 2 DE 2

DATE DE NAISSANCE

COURRIEL

CODE POSTAL

NUMÉRO DE GROUPE

NUMÉRO DE CERTIFICAT

NOUVEAU MOT DE PASSE

Trop court

Au moins 10 caractères  
Contient une majuscule  
Contient une minuscule  
Contient un chiffre  
Contient un caractère spécial  
Ne peut être l'adresse courriel ni le numéro de certificat

PRÉCÉDENT

CONFIRMER

- **IMPORTANT !** Afin de préserver les données que vous avez entrées, ne fermez pas la page d'activation du Portail lorsque vous vous rendez dans votre courriel pour récupérer le code de vérification.

**INSCRIPTION COMPLÉTÉE**

Votre compte a été créé avec succès.

Par mesure de sécurité, un code de vérification vous a été envoyé par courriel. Veuillez saisir le code pour activer votre compte.

VOUS N'AVEZ PAS REÇU VOTRE COURRIEL ?

ENVOYER À NOUVEAU

MAUVAISE ADRESSE COURRIEL?

MODIFIER MON ADRESSE COURRIEL


Une fois le code validé, le système confirmera l'activation de votre compte.

En cas de problème ou pour toute question supplémentaire, n'hésitez pas à nous écrire à [service.client@aga.ca](mailto:service.client@aga.ca) ou nous contacter au 1 800 363-6217 du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h.


## Mot de passe oublié

Voici les étapes à suivre pour réinitialiser votre mot de passe :

- Sur la page d'accueil, cliquez sur « Mot de passe oublié ? » :



NOUS JOINDRE | EN



**BIENVENUE SUR VOTRE PORTAIL!**

En tout temps et où que vous soyez, vous y trouverez toute l'information concernant votre dossier d'assurance collective.

Voici quelques options qui s'offrent à vous lorsque vous accédez à votre compte :

- Soumettre une réclamation
- Récupérer votre carte portefeuille
- Modifier vos informations personnelles ainsi que celles de vos personnes à charge
- Connaître les protections de votre régime
- Et bien plus!

Accédez à votre compte dès maintenant !

### ACCÉDER À MON COMPTE

COURRIEL OU NUMÉRO DE CERTIFICAT

MOT DE PASSE

Mot de passe oublié ?

OUVRIR UNE SESSION

JE N'AI PAS ENCORE DE COMPTE

M'INSCRIRE

- Dans la fenêtre qui s'ouvre à l'écran, entrez l'adresse courriel associée à votre compte et votre date de naissance et cliquez sur le bouton « Suivant » :

**ASSURONS-NOUS QU'IL S'AGIT BIEN DE VOUS!**

Veillez entrer le courriel associé à votre compte et votre date de naissance.

COURRIEL

DATE DE NAISSANCE

AAAA-MM-JJ

SUIVANT

JE ME RAPPELLE DE MON MOT DE PASSE

OUVRIR UNE SESSION

- Choisissez le mode de transmission du code de vérification unique, soit par courriel ou texto et cliquez sur le bouton « Confirmer ».

**RÉINITIALISATION DE MOT PASSE**

Pour confirmer votre identité, nous vous enverrons un code de vérification à usage unique, valide pendant 10 minutes.

Choisissez le mode de transmission du code de vérification :

☒ Courriel

☐ Texto\* (cellulaire)

\* La transmission par texto du code de vérification est gratuite. Des frais peuvent toutefois s'appliquer selon votre entente avec votre fournisseur de services.

Votre code de sécurité à usage unique sera envoyé à :

CONFIRMER

- Entrez le code de vérification dans l'espace prévu :

**RÉINITIALISATION DE MOT PASSE**  
 Pour protéger votre compte, nous vous avons envoyé un code de vérification par texto. Veuillez utiliser le code pour confirmer votre identité.

□ □ □ □ □ □

VOUS N'AVEZ PAS REÇU VOTRE CODE PAR MESSAGE TEXTE ?

ENVOYER À NOUVEAU

- Redéfinissez un nouveau mot de passe selon les critères demandés et cliquez sur le bouton « Réinitialiser » :

**RÉINITIALISATION DE MOT PASSE**

NOUVEAU MOT DE PASSE

... [œil] Trop court

Au moins 12 caractères  
 Contient une majuscule  
 Contient une minuscule  
 Contient un chiffre  
 Contient un caractère spécial  
 Ne peut être l'adresse courriel ni le numéro de certificat  
 Confirmation du mot de passe

\* Veuillez noter que vous ne pouvez pas utiliser votre mot de passe actuel.

CONFIRMATION DU MOT DE PASSE

... [œil]

**RÉINITIALISER** ←

JE ME RAPPELLE DE MON MOT DE PASSE

OUVRIR UNE SESSION

- Le système vous montrera un message confirmant que la modification a été réalisée avec succès. Cliquez sur le bouton « Ouvrir une session » pour vous connecter.

**RÉINITIALISATION DE MOT PASSE**  
 Votre mot de passe a été réinitialisé avec succès.

VOUS POUVEZ MAINTENANT OUVRIR UNE SESSION

OUVRIR UNE SESSION

**NOTE :** Lors de la connexion au compte du portail, la double authentification par texto s'applique aussi à l'inscription et à l'activation de compte.



## 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.

- Après avoir ouvert une session, cliquez sur « Mon dossier », puis sur « Informations bancaires » :

**MON DOSSIER**

No. de groupe :  
No. de certificat :

COORDONNÉES PERSONNELLES  
INFORMATIONS BANCAIRES  
LISTE DES PERSONNES ASSURÉES  
BÉNÉFICIAIRES  
MODIFIER MON MOT DE PASSE

PARTAGEZ VOTRE EXPÉRIENCE

- Entrez ensuite les informations demandées et cliquez sur le bouton « Enregistrer ».

### Par la poste

Il est également possible de s'inscrire au dépôt direct en complétant le coupon de « Demande de remboursement » (ou les formulaires de « [Demande de règlement assurance santé](#) » ou de « [Demande de règlement 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 <b>2337</b>	Numéro de l'assuré <b>PINMA005</b>	<input type="checkbox"/> Assuré : <b>Martin Pinson</b> <b>M 1968.07.19</b>	
Changement d'adresse		<input type="checkbox"/> Conjoint : <b>Lison Pinson</b> <b>F 1975.07.18</b>	
1		<input type="checkbox"/> Enfant(s) : <b>Léo Pinson</b> <b>M 2010.07.08</b>	
Adresse		<input type="checkbox"/>	
Ville		<input type="checkbox"/>	
Province		<input type="checkbox"/>	
Code postal		<input type="checkbox"/>	
<b>MONSIEUR MARTIN PINSON</b> <b>1234, RUE DES OIES</b> <b>OISEAUVILLE QC H7J 7J7</b>		<input type="checkbox"/>	
<b>IMPORTANT</b> Remplir et attacher ce coupon à vos reçus. Envoyer uniquement les reçus originaux (ou originaux identifiés "copie 1"). Aucun reçu ne vous sera retourné. <b>Groupe financier AGA inc.</b> <b>3500, boul. De Maisonneuve O., bur. 2200, WESTMOUNT QC H3Z 3C1</b>		<p>Personnes à charge assurées par un autre régime? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Ces frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Les frais non remboursables devront être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>L'excédent des frais remboursés devra être soumis à mon compte gestion santé/coût-plus? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>OUI, je désire recevoir mes remboursements de réclamations dans mon compte bancaire.</b> <b>Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé"</b></p> <p>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.</p> <p>Signature de l'employé _____ Date _____</p>	

## 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 avez une assurance 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 remplissant le formulaire « [Changement de protection](#) ». Une fois rempli, remettez le formulaire à votre employeur.

### Assurance-vie des personnes à charge

Cette garantie, si prévue à votre régime, est obligatoire avec certains assureurs lorsque vous avez un conjoint et des enfants admissibles. Il est donc important d'avoir inscrit sur le formulaire « [Fiche d'adhésion](#) » toutes les informations relatives à votre conjoint et 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 RAMQ si vous êtes couverts par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint âgé de 65 ans et plus.

Un « enfant à charge » est défini comme 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, remplissez 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 Équipe relations clients, 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<sup>er</sup> septembre**. 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, veuillez remplir 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 à votre dossier.

## Bénéficiaire(s)

Il est très important d'avoir désigné des bénéficiaires, à l'espace prévu sur le formulaire « [Fiche d'adhésion](#) ». À défaut de désigner des bénéficiaires, la prestation de décès sera versée à votre succession.

Les bénéficiaires peuvent être **révocables** ou **irrévocables**.

- Bénéficiaire **révocable** : vous pourrez à tout moment changer le bénéficiaire sans en informer ce dernier.
- 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.

## BROCHURE D'ASSURANCE

Pour savoir si un service ou une fourniture est admissible en vertu de votre régime collectif, consultez votre brochure d'assurance. Celle-ci explique en détail 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.

À la 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 Équipe relations clients par téléphone ou par courriel à [service.client@aga.ca](mailto:service.client@aga.ca).

## CERTIFICAT D'ASSURANCE

Le certificat d'assurance indique les volumes pour lesquels vous êtes assurés ainsi que votre choix d'option (pour les régimes flexibles offrant des options). Il est disponible sur le portail sous « Mon assurance collective ».

## FORMULAIRES

Tous nos formulaires sont disponibles sur notre site Web dans la section « [Adhérents — Guides et formulaires](#) » ou la section « [Administrateurs — Formulaires](#) ».

### Formulaires administratifs



AGA  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

#### DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Ce formulaire doit être remis au responsable de votre régime

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS




AGA  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

#### CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Ce formulaire doit être remis au responsable de votre régime

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Une copie du formulaire « [Désignation de bénéficiaire\(s\)](#) » ou « [Changement de bénéficiaire\(s\)](#) » peut nous être transmise. L'original, ou à défaut une copie numérisée, doit être conservé dans vos dossiers.

 *Il est important d'acheminer ce formulaire à AGA au maximum 5 jours ouvrables avant la fin du délai de 31 jours qui suit une terminaison*

Vous pouvez transformer votre assurance-vie collective en une police individuelle ou convertir d'autres garanties admissibles. Veuillez demander à votre employeur le formulaire « [Droit de transformation d'assurance-vie et/ou autres garanties suite à une terminaison](#) » et consultez pour plus de détails votre brochure explicative ou communiquez avec nous.

*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 rempli si vous désirez modifier la protection détenue en raison d'un événement de vie.

**Formulaires « Preuve d'assurabilité » ou « Déclaration d'assurabilité »**

Ces formulaires sont requis pour tous les employés admissibles à un volume d'assurance supérieur, qui adhèrent à l'assurance de façon retardataire ou qui demandent 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 dans la section « [Adhérents — Guides et formulaires](#) ».

## Formulaire de réclamations



AGA  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

Soumettez vos réclamations en ligne :  
<https://adherents.aga.ca/fr>

### 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

Soumettez vos réclamations en ligne :  
<https://adherents.aga.ca/fr>

### 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](#) » devrait être complétée et nous être transmise au portail ou 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

#### Cession de paiement

Le remboursement est émis en tout temps à votre nom, 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 vous, généralement située à même le formulaire « [Demande de règlement 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 choisie et aux termes du contrat d'assurance collective. Les assurés peuvent obtenir le remboursement de soins de santé et dentaires non couverts par leur régime ou 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 :

- [Revenu Québec — Les frais médicaux](#)
- [Gouvernement du Canada — Agence du revenu du Canada — RC4065 Frais médicaux](#)

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

#### 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre) ou après 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 Canada Vie, qui prévoit un délai de 15 mois suivants 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.

La recommandation 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 votre demande

Vous pouvez nous soumettre votre demande de remboursement par la poste ou via le portail. Les pharmaciens, les dentistes et les professionnels de la santé (p. ex., massothérapeute, physiothérapeute, etc.) inscrits au paiement en ligne « e-Réclamations » peuvent nous soumettre des demandes par voie électronique.

Les demandes de remboursement transmises par courriel ou télécopieur ne sont pas acceptées.

## TELUS Assure

**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, au dentiste ou au professionnel de la santé que la portion du montant non couverte par votre régime (franchise, ticket modérateur, coassurance, substitution générique). Le pharmacien, le dentiste ou le professionnel de la santé doit utiliser le **numéro d'identifiant Assure** inscrit sur votre carte portefeuille.

The image shows a light blue card with a geometric pattern. At the top left is the AGA logo (GROUPE FINANCIER AGA INC.). At the top right is the TELUS | assure logo. Below the logos, the text 'NOM DE L'ADHÉRENT' is followed by a large, faint, stylized name. In the center, there are three fields: 'Assureur' with the value '72', 'Groupe' with the value '1234', and 'N° identifiant' with the value '123456'. The 'N° identifiant' field is highlighted with a red rectangular border. At the bottom, it says 'ÉQUIPE RELATIONS CLIENTS AGA' and '1 800 363-6217'.

NOM DE L'ADHÉRENT		
Assureur 72	Groupe 1234	N° identifiant 123456

ÉQUIPE RELATIONS CLIENTS AGA 1 800 363-6217

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 admissibles à un remboursement.

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'identifiant Assure (ci-dessus).

## Demande en ligne

Soumettre vos demandes en ligne, c'est facile et rapide !

- Cliquez sur le menu « Soumettre une demande » ou la tuile « Soumettre une demande » sous « Mon compte » et complétez les informations nécessaires selon la réclamation soumise.
- Joignez les reçus et cliquez sur le bouton « Soumettre ». Vous pouvez soumettre plusieurs réclamations en même temps.

Le portail vous indiquera le délai de traitement anticipé de votre demande.

## 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		2	
<b>DEMANDE DE REMBOURSEMENT</b> Numéro du groupe <b>2337</b> Numéro de l'assuré <b>MOINLU001</b> Changement d'adresse <b>800 / 1</b> Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ <b>MADAME LUCIE MOINEAU</b> <b>1234, RUE DES OISEAUX</b> <b>OISEAUVILLE QC J8J 8J8</b> <b>IMPORTANT</b> Remplir et attacher ce coupon à vos reçus. Envoyer uniquement les reçus originaux (ou originaux identifiés "copie 1"). Aucun reçu ne vous sera retourné. <b>Groupe financier AGA inc.</b> <b>3500, boul. De Maisonneuve O., bur. 2200, WESTMOUNT QC H3Z 3C1</b>		Si les frais sont pour un enfant étudiant, veuillez REMPLIR LE VERSO Assuré : <b>Lucie Moineau</b> <b>F 1980.01.01</b> Conjoint : <b>Luc Moineau</b> <b>M 1970.01.01</b> Enfant(s) : _____ Personnes à charge assurées par un autre régime? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ces frais sont-ils consécutifs à un accident de travail? 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. <b>Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé"</b> 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 _____	
3		4	
5		6	

- Sélectionnez pour qui sont les frais.
- Répondez à chacune des questions.
- Inscrivez votre nouvelle adresse le cas échéant.
- Si ce n'est pas déjà fait, cochez la case appropriée (et joignez un spécimen de chèque) pour le dépôt bancaire.
- Signez le coupon « Demande de remboursement ».

Si vous n'avez pas le coupon en votre possession, utilisez les formulaires de « [Demande de règlement assurance santé](#) » ou de « [Demande de règlement soins dentaires](#) ».

Pour confirmer le **statut d'étudiant à temps plein de votre enfant à charge** ou encore une coordination des prestations, complétez le verso du coupon.

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	Dependent's name(s)	Effective date of coverage
Protections : <input type="checkbox"/> Soins de santé → <input type="checkbox"/> Soins dentaires → <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple <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 <b>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :</b> <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) : _____	Coverage: <input type="checkbox"/> Health care → <input type="checkbox"/> Dental care <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Single parent <input type="checkbox"/> Couple <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 <b>If the parents are separated, divorced or not living together:</b> <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): _____	
<b>CONFIRMATION DE STATUT ÉTUDIANT</b> <b>(pour votre enfant à charge célibataire de 21 ans et plus, aux études à temps plein)</b> 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)		<b>CONFIRMATION OF STUDENT STATUS</b> <b>(for your dependent child aged 21 or more, single and full-time student)</b> 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, insérez tous les **reçus** dans la même enveloppe.

## Réponse à votre demande

### Relevé de règlements

Un relevé de règlements est émis et vous sera posté suite au traitement de votre demande. Si vous êtes inscrit au dépôt direct, le relevé de règlements est déposé sous « Mes demandes ». Un courriel vous sera transmis pour vous aviser qu'un relevé de règlements a été déposé. 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, consultez la section « Mes demandes » :



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 « Mes demandes » 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 (écrire le numéro de confirmation de la demande sur le coupon ou autre document annexé au coupon), ceci permettra que votre demande soit traitée prioritairement à la 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 des réclamations en ligne pourrait être révoqué définitivement.

Si aucun relevé n'apparaît sur le portail et qu'aucun document n'a été déposé dans la section « Mes demandes », veuillez communiquer avec notre Équipe relations clients par téléphone ou par courriel à [service.client@aga.ca](mailto:service.client@aga.ca)

Aux fins de l'obtention de déductions fiscales, un document intitulé « Sommaire annuel » est déposé sur le portail au début du mois de janvier de chaque année (voir « Mes demandes »).

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 REGLEMENTS		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: <a href="https://adherents.gfaga.com">https://adherents.gfaga.com</a>				
No du groupe :	1234	Nom de la division :	DEFG INC			
No de l'assuré :	ABCDEFO01	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 communiquer avec nous.

### 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.

Apportez votre carte d'assurance voyage. Offerte en format portefeuille, le format peut varier selon l'assureur en place : carte plastifiée ou un autocollant appliqué au verso de la carte portefeuille. La carte d'assurance voyage peut également être téléchargée en ligne, dans la section « Mon assurance collective ».

AGA ASSURANCES COLLECTIVES  
CABINET EN ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

MON COMPTE MES DEMANDES SOUMETTRE UNE DEMANDE COMPARER COÛTS DE MÉDICAMENTS MON ASSURANCE COLLECTIVE MON ASSURANCE COLLECTIVE

RETOUR

MON ASSURANCE COLLECTIVE

No. de groupe  
No. de certificat

CARTE PORTEFEUILLE CARTE VOYAGE CERTIFICAT MON RÉGIME GUIDES ET FORMULAIRES FRAIS USUELS ET RAISONNABLES

**Carte Voyage Assistance**

En cas d'urgence médicale, communiquez avec le service Voyage Assistance, peu importe le lieu et l'heure:

Canada et États-Unis	1 844 287-1678 (sans frais)
À frais virés, partout dans le monde	514 875-0687

Pour toute autre question, communiquez avec AGA assurances collectives

- 514 935-5444
- Sans frais 1 800 363-6217
- service.client@aga.ca

Sous la même section, vous pouvez également télécharger votre confirmation d'assurance voyage.

#### CONFIRMATION D'ASSURANCE VOYAGE

Accéder à votre confirmation d'assurance voyage

Partager votre confirmation d'assurance voyage

Si vous devez appeler l'assistance voyage durant votre séjour à l'étranger, précisez votre numéro de groupe et votre nom (nom de l'adhérent) et soulignez que votre groupe est administré par AGA assurances collectives.

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, d'un accident ou d'une 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 votre départ, communiquez avec notre Équipe de relations clients 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. 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 (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 chaussure 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 documents supplémentaires tels qu'une copie des résultats de l'examen biomécanique et de l'analyse de la démarche ainsi que de la description de la technique de moulage et des matériaux utilisés seront exigés.

Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

## 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**. La réponse à la question de sécurité que vous serez appelé à choisir devra être « ORANGE ».

## Échographies

Il est possible que certaines échographies ne soient pas couvertes par votre régime, telles que certaines échographies de grossesse ou encore, les échographies effectuées par un radiologue. N'hésitez donc pas à communiquer avec nous.

## 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 les 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.



Le plan de traitement pourra être transmis via le portail ou par courriel à [service.client@aga.ca](mailto:service.client@aga.ca). 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 Assuré inscrit sur la carte portefeuille.

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.

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, et le détail des soins prodigués.

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 les assurés sur le coût du médicament générique, même s'ils choisissent d'acheter le médicament original.

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. Parlez-en à votre pharmacien lors de votre prochaine visite.

Consultez l'article : [La substitution générique, avez-vous les moyens de vous en passer ?](#)

## 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'usager, le coût du transport, le lieu de prise en charge et le lieu d'arrivée. Le remboursement sera émis à votre nom (au nom de l'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 des demandes 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 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 votre 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 envoyée à [invalidite.administration@aga.ca](mailto:invalidite.administration@aga.ca), et non pas à l'assureur directement.

Tous les formulaires, incluant ceux des assureurs, sont disponibles sur notre site Web dans la section « [Adhérents — Guides et formulaires](#) ».

Pour toute demande de prestations d'invalidité de longue durée, certains documents doivent être fournis en sus des formulaires de réclamation dûment complétés. Consultez la section « [Formulaires de réclamations d'invalidité de longue durée](#) » sur notre site Web pour connaître les détails.

Votre médecin traitant devra remplir **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**. 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, communiquez avec nos agents de l'Équipe relations clients ou avec votre assureur directement.

## NOUS JOINDRE

Afin d'encore mieux vous servir, appelez-nous du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 20 h.

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

### Courriel

[service.client@aga.ca](mailto:service.client@aga.ca)

### Adresse postale

3500, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 2200

Montréal QC H3Z 3C1

[www.aga.ca](http://www.aga.ca)