

# Utilisation des services de l'Université d'Ottawa et de Canada Vie

Lucie Mercier-Gauthier et  
Claude Dufresne

# Ce que nous couvrirons

## Accéder aux services de Canada Vie

- Compte gestion des dépenses santé
- Assurance santé pour les moins de 65 ans
- Assurance vie

L'assurance santé pour les 65 ans et plus

Le système Workday (RH)

Courriel uOttawa

Autres logiciels (Zoom, Office, Survey-Monkey)

Aide aux usagers (613-562-5000 ou poste 5000)

# Le site web de l'APAR

- <https://apar-asra.ca/fr/avantages-sociaux/compte-credits-sante>

## Compte de gestion des dépenses santé (crédits-santé)

Le compte de crédits-santé (\*garanties pour soins médicaux et dentaires\*) permet de réclamer le remboursement de dépenses de santé quand celles-ci ne sont pas remboursées par un autre assureur. Pour être admissible, il faut avoir pris sa retraite après le 30 avril 2002. Les retraités ayant moins de dix années de service sont aussi admissibles à condition d'avoir pris leur retraite après le 31 décembre 2018.

Le montant maximum qui peut être réclamé chaque année est de 350 \$ (en date du 1er janvier 2024). On reçoit le crédit le 1er janvier et ce crédit ne peut être utilisé que pour des dépenses encourues cette même année ou l'année suivante. Les crédits non utilisés disparaissent deux années après leur attribution. On peut utiliser le crédit-santé pour toute dépense médicale reconnue comme tel par Revenu Canada, entre autres les soins médicaux, les soins dentaires, oculaires ou de médicaments, physiothérapie, etc. Si vous souscrivez à un régime d'assurance maladie privé, votre **prime** annuelle est aussi une dépense admissible aux crédits-santé.

Voici la marche à suivre pour s'inscrire sur le site de **Canada Vie** et soumettre des demandes de remboursement:

Rendez-vous à [bienvenue.canadavie.com/ottawa](https://bienvenue.canadavie.com/ottawa). Vous pouvez y consulter la « Trousse d'adhésion » qui donne les étapes à suivre pour s'inscrire aux services en ligne et présenter des demandes (les formulaires sont inclus à la fin). Sur cette même page Web, le texte « FAQ » explique ce que vous devez savoir sur le régime.

Il y a deux étapes à suivre :

1. S'inscrire à GroupNet (la première fois seulement)
2. Ouvrir une session pour soumettre une réclamation

# Accès Canada-Vie

- [Bienvenue UOttawa!](https://www.bienvenue.canadavie.com/uottawa)
- <https://www.bienvenue.canadavie.com/uottawa>
- [Welcome UOttawa!](https://www.welcome.canadalife.com/uottawa)
- <https://www.welcome.canadalife.com/uottawa>

Votre régime d'assurance collective est offert par la Canada Vie.

La Canada Vie est là pour y répondre. Pour nous joindre, composez le **1 833 794-0225**.



**Le numéro de votre régime est 177714**

Votre numéro de régime se trouve également sur votre carte ou dans votre compte dans Ma Canada Vie au travail. Sélectionnez les renseignements sur le régime dans votre profil.

# Accès Canada-Vie (suite)

## My Canada Life at Work

Visit the site to review your health and dental benefits, submit claims, find your benefits card details, and complete your banking information and other details.

[My Canada Life at Work ↗](#)

Find answers to your questions about the plan.

↓ [FAQ](#) | [PDF 203 kB](#)

Get an overview of what's available with Canada Life.

↓ [Welcome package](#) | [PDF 4.03 MB](#)

↓ [Registering for My Canada Life at Work](#) | [PDF 538 kB](#)

## GroupNet Flex

Visit this site to review your benefits coverage and review or make changes to your beneficiary designation(s).

[GroupNet Flex ↗](#)

# Accès au compte crédits santé ou assurance moins de 65 ans

- <https://ma.canadavie.com/acceder>

Ouvrir  
une  
session

[? Aide pour  
ouvrir une  
session](#)

Adresse courriel / Identificateur Accès  
SRC

prénom.nom@gmail.com

Mot de passe

.....

Afficher

# Canada Vie – Page d'accueil

Aperçu

**Présenter une demande de règlement**

Garanties

—

Historique des demandes de règlement

Protection et soldes

Estimations

Centre d'information

Ressources

Accès au compte crédits santé ...

Des options pour vous

# Présentation d'une demande de règlement

## Présentation d'une demande de règlement



### Demandes de règlement présentées en toute simplicité

Présentez une demande de règlement en quelques étapes simples. Assurez-vous d'avoir vos reçus et tout document justificatif à portée de main.

[Commencer la demande de règlement >](#)



# Présentation d'une demande de règlement

Sélectionnez une personne pour continuer.

Pour qui est la demande de règlement?

CLAUDE DUFRESNE (Participar ▼)

Sélectionner un régime pour cette demande de règlement

Compte de gestion des dépenses ▼

Comprenez-vous que cette demande de règlement sera traitée au titre de votre compte de gestion des dépenses santé seulement?

## Pourquoi est-ce important? ^

Sélectionnez Oui si vous voulez que cette demande de règlement soit traitée au titre de votre compte de frais seulement. Si vous voulez utiliser votre garantie Soins médicaux, Médicaments, Soins oculaires ou Soins dentaires et votre compte de frais, sélectionnez plutôt votre garantie Soins médicaux, Médicaments, Soins oculaires ou Soins dentaires. Vous pourrez par la suite choisir de vous faire rembourser les frais non couverts par votre régime à partir de votre compte de frais.

Oui

Non

- Les frais déclarés dans la présente demande de règlement ont été engagés par moi-même ou par une personne pour qui je peux demander un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

# Présentation d'une demande de règlement



## Professionnels de la santé

Massothérapeute, chiropraticien, infirmier, fournisseurs de soins de santé mentale et plus encore



## Fournitures et équipement médicaux

Appareils orthopédiques, aides à la respiration et à la communication et plus encore



## Tests diagnostiques et examens médicaux

Analyses sanguines, tomodensitométrie, IRM, tests de Papanicolaou et plus encore



## Soins de la vue

Articles de lunetterie, examens de la vue, chirurgie oculaire, thérapie visuelle et plus encore



## Médicaments

Médicaments et certaines fournitures pour diabétiques (p. ex., seringues)



## Dentaires

Services dentaires et orthodontiques



## Maison de soins infirmiers et soins à domicile

Centre de soins de longue durée et services d'aide-soignant à domicile



## Services d'ambulance

Frais pour les services d'ambulance



## Séjours à l'hôpital

Chambre et autres frais



## Soins reçus à l'étranger

Frais engagés à l'extérieur du Canada



## Voyages au Canada à des fins médicales

Frais d'hébergement et de déplacement à des fins médicales



## Autres demandes de règlement

Types de demandes de règlement qui ne sont pas dans la liste et primes (s'il y a lieu)

# Identifier son fournisseur

Indiquer qui a fourni les services

---

Trouvez votre fournisseur dentaire

À moins d'indication contraire, tous les champs sont obligatoires

Prénom du fournisseur

Catherine

Nom de famille du fournisseur

Morin-Houde

Numéro de téléphone

819 525-7020

Code postal

J8Z 1S9

# Identifier le service fourni

Répondez à quelques questions sur cette demande de règlement.

Êtes-vous protégé pour ce type de demande de règlement (Dentaires) au titre d'un autre régime d'avantages sociaux?  
Coordonnons vos prestations entre les deux régimes.

Pourquoi posons-nous cette question? 

Oui	<b>Non</b>
-----	------------

Cette demande de règlement est-elle liée à un accident ou à une blessure?

Oui	<b>Non</b>
-----	------------

La demande de règlement concerne-t-elle des prothèses amovibles, des couronnes, des ponts ou des implants?

<b>Oui</b>	Non
------------	-----

S'agit-il de la mise en bouche initiale?

<b>Oui</b>	Non
------------	-----

Précédent	<b>Continuer</b>
-----------	------------------

# Détails des frais encourus (varie selon le type de service)

Date du service

Jour

Mois

Année

JJ

Choisissez une opti ▼

AAAA

Code d'acte

[Avez-vous besoin d'aide concernant le type de service?](#)

Code de la dent (si  
fournis)

Surface dentaire (si  
fournis)

Frais dentaires (si fournis)

Frais de laboratoire (si fournis)

Total des frais

# Fournir les reçus pour appuyer la demande

Joignez les reçus et tout autre document pertinent que vous avez. Les documents de soutien nécessaires sont habituellement les suivants :

- Reçu indiquant la preuve de paiement ou formulaire de demande de règlement sur lequel est apposé le sceau de vérification du cabinet dentaire
- Renseignements sur l'examen

## Ajouter des documents

La taille maximale de chaque fichier est de 7 Mo. Types de fichiers pris en charge : JPG, JPEG, TIFF, PNG, PDF.

**Charger des fichiers** ou déposer des fichiers

Précédent

Continuer

# Obtention d'un formulaire papier



Aperçu

Présenter une demande de  
règlement

Garanties +

**Centre d'information**

Ressources +


Des options pour vous

---

# Centre d'information - Formulaires

## Formulaires de demande de règlement

Formulaires pour votre régime d'avantages sociaux

 Vérifiez si votre demande de règlement peut être présentée au moyen de la fonction [Présenter une demande de règlement](#) sans un formulaire de demande de règlement. C'est le moyen le plus rapide de faire traiter une demande de règlement.

[Demande de règlement - Plan Compte de frais médicaux seulement \(soins médicaux\)](#) ↗ [.PDF](#)

[aide avec ce formulaire](#) ↗

---

[Demande de règlement - Plan Compte de frais médicaux seulement \(soins dentaires\)](#) ↗ [.PDF](#)

[aide avec ce formulaire](#) ↗

---



# FORMULAIRE PAPIER



## Relevé des frais médicaux combiné avec le Compte de gestion des dépenses santé

### DIRECTIVES

1. Remplissez au complet les pages 1 et 2 du présent formulaire.
2. Signez et datez le formulaire.
3. Veuillez conserver des copies, car les reçus originaux ne seront pas retournés.
4. Envoyez la présente demande au Service des indemnités prévu pour votre régime. Voir la PARTIE 9.

### Les prestations doivent être versées aux termes :

- de l'assurance-maladie supplémentaire seulement  
 du Compte de gestion des dépenses santé seulement  
 des deux

Toutes les demandes de règlement aux termes du régime collectif sont soumises par le truchement du participant du régime. Il se peut que nous échangeons des renseignements personnels au sujet des demandes de règlement avec le participant et avec une personne agissant en son nom, au besoin, aux fins de la vérification de l'admissibilité et de la gestion des demandes de règlement.

**PARTIE 1 – Renseignements sur le participant** 1

**Vous devez remplir cette partie au complet.**

Si vous n'êtes pas certain du nom ou du numéro de votre régime, ou encore de votre numéro d'identification de participant, veuillez communiquer avec le gestionnaire de votre régime.

Nom du régime  
**UNIVERSITE D'OTTAWA / UNIVERSITY OF OTTAWA**

Nom du participant  
Nom de famille: **VOTRE NOM** Prénom: **VOTRE PRENOM**

Adresse du participant  
Numéro et rue: **57 VOTRE ADRESSE**

Ville: **GATINEAU** Province: **QC** Code postal: **J8Z 5R8**

Date de naissance : Jour: **21** Mois: **12** Année: **1956** Langue de préférence :  Anglais  Français

**PARTIE 2 – Coordination des prestations** 2

Remplissez cette partie pour indiquer si vous ou un membre de votre famille avez droit à des prestations aux termes de tout autre régime.

1. Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations de tout autre régime pour les frais présentés au titre de la demande de règlement?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de la compagnie d'assurance

Numéro du régime

Numéro d'identification du participant

S'il s'agit du régime du conjoint, veuillez indiquer la date de naissance du conjoint :  
Jour: Mois: Année:

2. Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident d'automobile?  Oui  Non

3. Avez-vous demandé des indemnités pour accident du travail?  Oui  Non

**PARTIE 3 – Renseignements sur le patient** 3

Remplir pour tous les frais; une ligne par patient.

Nom du patient	Lien de parenté avec le participant	Date de naissance			S'il s'agit d'un enfant de 18 ans ou plus		S'il travaille, combien d'heures par semaine?		Le patient demeure-t-il avec le participant?	
		Jour	Mois	Année	Étudie-t-il à temps plein? heures par semaine	Oui	Non	Oui	Non	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTIE 4 – Frais de médicaments sur ordonnance** 4

Pour toutes les demandes de règlement relatives à des médicaments sur ordonnance.

Joignez les reçus de médicaments originaux. Les reçus doivent indiquer les renseignements suivants :

- Nom du patient, date d'achat, numéro d'identification du médicament (DIN) et nom du médicament.