



RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU SECTEUR DES E.N.D.

PROCÉDURE D'APPEL DES PARTICIPANTS

INTRODUCTION

Le Régime d'assurance-maladie du secteur des E.N.D. (le « Régime ») est financé par des cotisations versées en vertu de conventions collectives. Les prestations du Régime sont déterminées par le conseil des fiduciaires après avoir pris en considération le financement disponible, les lignes directrices de l'industrie et la législation applicable. Le personnel du bureau d'administration du Régime interprète les dispositions du Régime et la législation, mais ne peut modifier les conditions du Régime.

Les participants ont le droit de faire appel de toute décision prise par le Régime d'assurance-maladie du secteur des E.N.D. concernant l'approbation ou le refus d'une demande de prestation pour frais médicaux.

COMMENT FAIRE APPEL

Voici un résumé de la procédure d'appel :

1. Communiquez avec le bureau d'administration du Régime par courriel à l'adresse health@ndtbenefits.org pour faire part de votre désaccord. Votre demande sera examinée afin de déterminer s'il y a eu une erreur dans le paiement de votre demande de prestation pour frais médicaux. Le résultat de cet examen vous sera communiqué dans un délai de 10 jours ouvrables. Veuillez crypter votre courriel et n'y inclure aucun renseignement personnel ou sur votre état de santé afin de protéger votre vie privée.
2. Si vous n'êtes pas satisfait, exposez vos préoccupations et les motifs de votre appel dans une lettre adressée à la secrétaire rapporteuse. Veuillez crypter votre lettre et n'y inclure aucun renseignement personnel ou sur votre état de santé afin de protéger votre vie privée.
3. Envoyez votre lettre à la secrétaire rapporteuse, à l'attention du bureau d'administration du Régime, à l'adresse sbird@mcateer.ca.
4. La secrétaire rapporteuse examinera votre demande d'appel et y répondra, possiblement par l'intermédiaire d'un délégué du bureau d'administration du Régime.
5. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse de la secrétaire rapporteuse à votre appel, vous pouvez demander au conseil des fiduciaires d'examiner votre appel. Avant de faire cette démarche, veuillez vérifier s'il existe de nouveaux renseignements que le conseil des fiduciaires devrait connaître et qui n'ont pas été communiqués auparavant. Veuillez adresser

cet appel au conseil des fiduciaires, à l'attention de la secrétaire rapporteuse, au bureau d'administration du Régime. Veuillez crypter toute communication par courriel afin de protéger votre vie privée.

DATES LIMITES

Pour faire appel d'une décision, vous devez communiquer avec le bureau d'administration du Régime au plus tard 90 jours après la décision initiale concernant vos prestations.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements personnels que vous fournissez sont traités de manière confidentielle, conformément à la Politique sur la protection des renseignements personnels du Régime. Si votre appel est présenté au conseil des fiduciaires, votre nom et les autres renseignements permettant de vous identifier ne seront pas divulgués.

DÉCISIONS DU CONSEIL DES FIDUCIAIRES

Les décisions du conseil des fiduciaires sont définitives.

Si votre appel est accepté, un membre du personnel du bureau d'administration du Régime communiquera avec vous dans les 60 jours suivant la décision du conseil.

Si votre appel n'est pas accepté, un membre du personnel du bureau d'administration du Régime communiquera avec vous dans les 60 jours suivant la décision du conseil.

COORDONNÉES

Pour les appels concernant le Régime d'assurance-maladie ou d'invalidité :

Enas Razack
1 888 278-9003 (poste 260)
erazack@mcateer.ca

Secrétaire rapporteuse

Susan Bird
1 905 946-9700 (poste 244)
sbird@mcateer.ca



N° de réf.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'APPEL DES PARTICIPANTS

Veuillez fournir les renseignements suivants concernant les appels qui seront examinés par le conseil des fiduciaires. Les appels seront traités lors de la prochaine réunion du conseil des fiduciaires suivant la réception de votre formulaire de demande d'appel dûment rempli et des documents pertinents.

Le présent formulaire doit être protégé par un mot de passe s'il est envoyé par courriel. Communiquez le mot de passe au bureau d'administration du Régime par téléphone ou dans un courriel séparé.

Déclaration sur la protection des renseignements personnels – *J'autorise le Régime d'assurance-maladie du secteur des E.N.D. et le Régime de retraite de l'Industrie d'END (collectivement, les « Régimes »), leur administrateur Employee Benefit Plan Services Limited et les fournisseurs qui travaillent avec les Régimes ou l'administrateur à recueillir à conserver, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels nécessaires à l'administration des Régimes. Les renseignements personnels seront protégés conformément à la législation applicable. Mes renseignements personnels peuvent être recueillis, conservés, utilisés et divulgués à des personnes ou organisations concernées (employeurs, gestionnaires de régimes de soins de santé, professionnels de la santé, institutions, assureurs, agences d'enquête, conseillers juridiques, autres régimes ou syndicats, pharmacies, organismes de réglementation, réassureurs), afin de gérer les Régimes et le droit aux prestations des Régimes. Ces renseignements personnels peuvent inclure des renseignements tels que des renseignements financiers, des renseignements sur l'état de santé ou des renseignements sur les prestations. Les questions relatives à la déclaration sur la protection des renseignements personnels doivent être envoyées au responsable de la protection des renseignements personnels.*

NOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

Veuillez indiquer :

1. La personne pour laquelle l'appel est interjeté :

- Vous-même
- Conjoint à charge
- Enfant à charge

Veuillez indiquer :

2. Les personnes, entreprises et représentants syndicaux avec qui vous avez communiqué au sujet de cet

appel (le cas échéant) :

Communication avec (veuillez indiquer le nom complet) : _____

Date : _____ Détails : _____

Communication avec (veuillez indiquer le nom complet) : _____

Date : _____ Détails : _____

PRESTATIONS POUR SOINS DE SANTÉ

3. Date ou dates auxquelles l'objet de la réclamation est survenu (date du service) : _____
4. Date à laquelle la réclamation ou la demande de prestation a été soumise : _____
5. Type de prestation (p. ex., médicaments, services médicaux, soins dentaires, invalidité, assurance vie) : _____

PRESTATIONS DE RETRAITE

6. Type de prestation (p. ex., cessation d'emploi, décès, invalidité, rupture du mariage) : _____

POUR LES APPELS CONCERNANT LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ ET DE RETRAITE :

7. Veuillez détailler la nature de votre appel, les raisons pour lesquelles vous faites cet appel, les renseignements que vous avez reçus ou examinés à ce sujet, etc. :

* Dressez la liste des documents ou dossiers que vous joignez au formulaire de demande d'appel des participants.

Je, _____, autorise les administrateurs du Régime d'assurance-maladie du secteur des E.N.D. et du Régime de retraite de l'Industrie d'END à effectuer les vérifications qu'ils jugent nécessaires pour vérifier les déclarations que j'ai faites ou qui ont été faites en mon nom concernant le présent appel. Je reconnaiss que les administrateurs peuvent mener des enquêtes et que celles-ci peuvent être menées auprès de la totalité ou d'une partie des conseillers juridiques, institutions, agences d'enquête, assureurs, réassureurs, organismes de réglementation, vérificateurs et professionnels de santé.

Signature du participant : _____ Date : _____

Veuillez envoyer ce formulaire et tous les documents pertinents à l'appui de votre appel aux bureaux de l'administration des Régimes d'Industrie d'END, à l'adresse indiquée ci-dessous. L'administrateur fera en sorte que votre appel soit examiné par le conseil des fiduciaires. Merci.

Le présent formulaire doit être protégé par un mot de passe s'il est envoyé par courriel. Communiquez le mot de passe au bureau d'administration du Régime par téléphone ou dans un courriel séparé.

**Régime d'assurance-maladie du secteur des
E.N.D. et Régime de retraite d'Industrie d'END,
45, promenade McIntosh
Markham
(Ontario) L3R 8C7**

Téléphone : **1 888 278-9003**

Télécopieur : **905 946-2535**

À remplir par l'administrateur : Numéro de référence _____