# Profil électronique du participant

Formation





## Avantages avec SécurIndemnité

- Soumissions rapides : site Web, PhotoClaims, application mobile
- Réponses paiement expédiées : dépôt direct maintenant disponible
- Rapports détaillés : production de rapports pour impôt facilement disponible
- Endroit convénient pour toute information concernant vos bénéfices : eCard, soumissions, rapports, formulaires, etc.
- Service impeccable : analyse de soumissions par des spécialistes; réduction de la marge d'erreur



# Au programme

Inscription

Navigation

Soumission de réclamations

**Application mobile** 



# Comment vous inscrire

# Accédez à votre eProfile directement sur notre site Web en visitant le **www.securindemnite.com**.





# Pour vous inscrire et avoir accès au service en ligne, vous devez avoir :

- 1. Une carte d'indemnités valide
- 2. Une adresse électronique valide

Inscription à eProfile<sup>MC</sup> : s'inscrire au service en ligne

Bienvenue à l'inscription au service en ligne.

Ce service est offert seulement aux membres admissibles et à leurs personnes à charge, qui reçoivent actuellement des prestations par l'intermédiaire de ce système.

Afin de vous inscrire pour obtenir un accès en ligne, vous devez avoir:

- une carte d'indemnités valide
- une adresse de courriel valide

Étapes de l'inscription:

- 1. Lire et accepter les conditions générales
- 2. Choisir les options du programme bien-être (optionnel)
- 3. Configurer le profil de l'utilisateur
- 4. S'inscrire au dépôt direct (optionnel)

Vérifier les exigences techniques

Si vous avez tous les éléments requis, cliquez sur « **commencer** » pour continuer.





Inscription à eProfile<sup>MC</sup>



#### Étape 1 : Conditions générales

Veuillez lire et accepter les conditions générales ci-dessous.









#### Étape 2 : Profil bien-être

Veuillez prendre quelques instants pour remplir votre profil personnel bien-être. Vous pourrez ainsi préciser vos champs d'intérêt particuliers dans le domaine de la santé et recevoir du matériel, des bons de réduction et d'autres renseignements pertinents. Toute la correspondance sera personnalisée en fonction de vos champs d'intérêt et vous sera transmise à l'adresse électronique figurant sur votre compte eProfile<sup>MC</sup>. Vous pouvez mettre à jour vos sélections en tout temps au moyen des options du menu eProfile.

Catégories de médicaments							
<ul> <li>TDAH (trouble du déficit de l'attention)</li> </ul>	☐ Allergies						
Arthrite	Asthme						
Troubles sanguins	Santé des os						
Soutien aux cancéreux	Contraceptifs						
Maladie de Crohn	Dépression/Trouble de l'humeur						
Soins aux diabétiques	Santé cardiovasculaire						
Hypertension	Hypercholestérolémie						
	Santé de l'homme						
Sclérose en plaques	Soulagement de la douleur						
Soins de la peau	Ulcères/Brûlures d'estomac						
Santé de la femme	Sélectionner tout						
Services dentaires	Services de soins de santé complémentaires						
Matériel éducatif/Bons de réduction/Rabais	Matériel éducatif/Bons de réduction/Rabais						

☐ J'autorise le fournisseur de services d'administration des demandes de remboursement des soins de santé de ma Société, les professionnels de la santé et les autres fournisseurs de services à partager tout renseignement recueilli dans le cadre de l'administration de mon régime de prestations pour soins de santé, dans le but d'assurer la mise en œuvre et le maintien efficaces d'une initiative en matière de bien-être. Par suite de cette initiative en matière de bien-être, je comprends que je peux recevoir des communications concernant d'autres possibilités de traitement ou des avantages et services liés à la santé qui sont susceptibles de m'intéresser. Je comprends qu'on pourra m'informer de promotions, de programmes portant sur des médicaments en particulier, d'occasions de faire des économies et d'activités éducatives sur la santé, auxquels je pourrai participer de façon volontaire.

Je ne souhaite pas participer pour l'instant.





# Maintenant, nous allons compléter votre profil d'usager.

Inscription à eProfile<sup>MC</sup>



#### Étape 3 : Profil d'usager

Veuillez entrer vos renseignements personnels ci-dessous. Nous vérifierons l'information entrée avec la base de données pour nous assurer que vous êtes admissible à voir l'information choisie

Information générale         (i) Compte usager:         (i) Numéro du groupe:         Nom de famille:         (i) Date de naissance:	INuméro du certificat:     Prénom:     Adresse de courriel:
Question de sécurité	Quelle est votre destination vacances préférée?
Réponse:	
<ol> <li>Sélectionnez la question de sécurité no 2:</li> </ol>	Entrez les 4 derniers chiffres de votre numéro permis de conduire 🔹
Réponse:	



## Parlez-nous de vous...

Fournissez les informations demandées en vous reportant à votre carte d'indemnités personnalisée.

Information générale		
(i) Compte usager:	]	
(i) Numéro du groupe:	i Numéro du certificat:	
Nom de famille:	Prénom:	
(i) Date de naissance:	Adresse de courriel:	







### Remplissez les champs vides :

(i) Compte usager:   (i) Numéro du groupe:   Nom de famille:   Prénom:   (i) Date de paissance:    Adresse de courriel:	Information générale	
Image:	(i) Compte usager:	
Nom de famille:     Prénom:       Image: Imag	(i) Numéro du groupe:	i) Numéro du certificat: 📫
Date de naissance:	Nom de famille:	Prénom:
	(i) Date de naissance:	Adresse de courriel:

- 1. Nom d'utilisateur : entrez le nom de votre choix (**ne peut être changé par la suite**)
- 2. Numéro de groupe : se trouve sur votre carte d'indemnités
- 3. Numéro de certificat : se trouve sur votre carte d'indemnités
- 4. Nom de famille
- 5. Prénom
- 6. Date de naissance
- 7. Adresse de courriel







# Répondez à trois questions de sécurité pour nous aider à assurer la sécurité de votre compte.

Question de sécurité	
(i) Sélectionnez la question de sécurité no 1:	Quelle est votre destination vacances préférée?
Réponse:	
Sélectionnez la question de sécurité no 2:	Entrez les 4 derniers chiffres de votre numéro permis de conduire
Réponse:	
③ Sélectionnez la question de sécurité no 3:	Dans quelle ville habite votre plus proche parent?
Réponse:	





# Remplissez les champs nécessaires pour vous inscrire au dépôt direct et ainsi, accélérer vos remboursements.



#### Étape 4 : Information sur le dépôt direct

Pour vous enregistrer au programme de dépôt direct veuillez entrer les trois parties de votre numéro de compte de banque.

Transit     Banque     Compte       (5 chiffres)     (min 3 chiffres, max 4 chiffres)     (min 1 chiffre, max 12 chiffres)	Remplissez les champs relatifs au :
	1.Numéro de transit
* 101* 1:12345*6781: 012*345*67*89	2.Code bancaire
	3.Numéro de compte
sautez soumettre	
Cliquez su	ur « <mark>soumettre</mark> ».



## Vous avez maintenant créé votre compte eProfile.

# Vous recevrez un courriel contenant votre mot de passe temporaire.

Vous devez activer votre compte dans un délai de 15 jours à partir de la date du courriel Après cette période, vos informations de connexion (nom d'utilisateur et mot de passe temporaire) expireront. Vous aurez alors à vous inscrire de nouveau à l'aide d'un nom d'utilisateur différent.



Navigation dans votre compte eProfile

## Bienvenue à votre compte eProfile

### Parcourons ensemble le menu...





s demandes Ma couv	verture Mes formules M	on compte	
ccueil	Mon compte eProf	ile <sup>MC</sup> : eCard	s qui figure
Card		Sur votre carte d'indemnités	s en ligne.
ons de réduction	-		
AQs	_		
essages	_	Médicaments Dentaires Santé Voyage	
références	- 6	luméro de BIN Dentaire: ID transporteur: Numéro de BIN Pharmacie: 100099 RX 610019	
references	- I	DEMO MEMBER	
ontactez-nous	c	ert. 533520DEMO Groupe 005335	
onfidentialité	C	.D.N 15/07/1971	
égal	-		
		Sécurindempité	
uitter	-	S sécurindemnité	
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7	niquer avec Global Excel avant de recevoir un traitment médical quelconque. e ici n: 60 jours En cas d'urgence, appelez: Canada ou ÉU: 1-877-566-8276 Frais virés: +819-566-8276	tre ent ici.
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7	sécurindemnité	tre ent ici.
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 Compte Gestion-9 Balance compte ges	niquer avec Global Excel avant de recevoir un traitment médical quelconque. e loi n: 60 jours En cas d'urgence, appelez: Canada ou ÉU: 1-877-566-8276 o santé tion-santé 1 000.00 \$	tre ent ici.
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 Compte Gestion-S Balance compte ges Solde à minuit (HE).	santé tion-santé 1 000,00 \$ Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant.	tre ent ici. nandes de
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 Compte Gestion-S Balance compte ges Solde à minuit (HE). Pour les demandes d Monday through Fric	santé tion-santé 1 000,00 \$ Les de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant.	tre ent ici. nandes de compte de
uitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 <b>Compte Gestion-9</b> Balance compte ges Solde à minuit (HE). Pour les demandes d Monday through Frie L'utilisation de cette mon conjoint et à m services d'administr. parties de tout rense mes personnes à ch	Sécurindemnité  niquer avec Global Excel avant de recevoir un traitment médical quelconque.  a Les renseignements sur von a source voyage se trouv  Les de renseignement sur von a sur ance voyage se trouv  anté  dion-santé 1 000,00 \$ Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant.  Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant.  Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant.  Acarte électronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à es personnes à charge admissibles. En l'utilisant, j'autorise la divulgation à fournisseur de ation des demandes de remboursement des sointé de ma Société et à d'autres elignement lié aux prestations reçues à mon nom, au nom de mon conjoint ou au nom de arge lorsque de tels renseignements sont exigés aux fins d'administration de mon régime de side es met.	tre ent ici. nandes de compte de
Quitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 <b>Compte Gestion-S</b> Balance compte ges Solde à minuit (HE). Pour les demandes d Monday through Fric L'utilisation de cette mon conjoint et à m services d'administr. parties de tout renss mes personnes à ch	Sécurindemnité niquer avec Global Excel avant de recevoir un traitment médical quelconque. a foi pours in cas d'urgence, appelez: Canada ou ÉU: 1-877-566-8276 Canté to morita de reglement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Les demandes de règlement traitées aujourd'hui s'afficheront le jour ouvrable suivant. Vérifiez le solde de vos der remboursement des soins de santé de from 7am to 11pm EST, lay. carte électronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à es personnes à charge admissibles. En l'utilisant, j'autorise la divulgation à fournisseur de d'autres des mandes de renboursement des soins de santé de ma Société et à d'autres de que tes renseignements sont exigés aux fins d'administration de mon régime de ris de santé. Imprimer Midauministration de mon régime de more source de traitées auteus de more conjoint ou au nom de arou ne more de arous de more conjoint ou au nom de arous de mon régime de ris de santé.	tre ent ici. nandes de compte de
Quitter	Voyage Vous DEVEZ commu Consulter la politiqu Période de protectio Âge de résiliation: 7 <b>Compte Gestion-S</b> Balance compte ges Solde à minuit (HE). Pour les demandes o Monday through Frid L'utilisation de cette mo conjoint et à m services d'administr. parties de tout renss mes personnes à ch prestations pour soi	Sécurindemnité      Algebra de la prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are lectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique atteste que les prestations que j'ai reçues n'étaient destinées qu'à moi, à     are telectronique de tels renseignements sont exigés aux fins d'administration de ano régime de     to es anté.     Imprimer     Imprimer     Imprimer Limprimer	tre ent ici. nandes de compte de



Mes demandes M	a couverture	Mes formules	Mon compte				
Accueil	Mo	on compte eP	rofile <sup>мc</sup> : Bor	ns de réduction			
eCard				Affiché le: 15,	/11/2012		
Bons de réduction							
FAQs			(	aluna (	aluna	Votre compte eProfile vou	s donne dro
Messages			y	to MOMMON of	nonmon	des bons de réduction offe	erts par plus
PostScripts			0		INC.	fabricants que vous pouve	z imprimer
Préférences			N	lous sommes heureux d'établir un	cartenariat avec Johnson &	auxquels vous avez accès	à partir de
Contactez-nous				Johnson afin de proposer des rédu produits de santé et	ictions importantes sur les de bien-être.	appareil mobile) pour écha détaillants participants	anger chez
Confidentialité					P		
Légal				obtenir le bon de	e réduction		
Quitter				imprimer le	coupon		
			O	NETOUCH	Johnson af de properties de la compara de la	INC. Lanc. cirtum 8 startes sur tes	



<b>sécur</b> in	demnité MEMBER DEMO Groupe 5335 • Certificat 533520DEMO
es demandes I	Aa couverture Mes formules Mon compte
Accueil	Mon compte eDrofile <sup>MC</sup> - EAOc
eCard	Mon compte errome Trags
Bons de réduction	Général
FAQs	Vous avez une question?
Messages	
PostScripts	nouvez la reponse dans la FAQ.
Préférences	J'éprouve des difficultés sur le plan technique. Avec qui dois-je communiquer pour obtenir de l'aide? 🔹
	Quels navigateurs ce site supporte-t-il?
Contactez-nous	Qu'est-ce qu'une carte électronique interactive (eCard)?
Confidentialite	Qu'est-ce que le Profil bien-être?
	J'ai remarqué qu'il y avait des petits « i » un peu partout sur le site Web. Qu'est-ce que cela signifie?
Quitter	J'ai remarqué qu'il y avait des petits « triangles » un peu partout sur le site Web. Qu'est-ce que cela signifie?
	Pourquoi les images et les couleurs d'arrière-plan ne s'affichent pas lorsque je sélectionne l'option de version imprimable?
	Demandes
	Comment puis-je savoir que ma demande a été traitée?
	Pourquoi ma demande a-t-elle été refusée?
	Mon chèque ou paiement par dépôt direct a-t-il été émis?
	Que dois-je faire avant de pouvoir soumettre ma demande en ligne?
	Que dois-je savoir au sujet des vérifications?
	Pourquoi suis-je incapable de trouver le type de soins de santé complémentaires que je recherche?
	eProfile <sup>MC</sup>
	Qu'est-ce que l'application eProfile <sup>™C</sup> eMobile?



<b>S</b> sécurindemnit	É Groupe 5335 • Certificat 533520DEMO	
Mes demandes Ma couvert	ure Mes formules Mon compte	
Accueil	Mon compte eProfile <sup>MC</sup> : Messages	
eCard Bons de réduction FAQs	Date de Publication: 05/07/2016 Nouveau lecteur OneTouch Verio Flex™″ Les lecteurs OneTouch Verio® facilitent la compréhension de vos résultats. Le lecteur OneTouch Verio Flex ™ peut être autonome ou se connecter sans fil à l'application mobile OneTouch Reveal®.	
Messages	Plus d'information Sujet Date de Publication ▼ Nouveau lacteur OneTouch Vario Elav™" 05/07/2015	
Préférences	L'amélioration de eProfile 25/11/2015	
Contactez-nous Confidentialité	Tous les messages qui vous sont transmis s'afficheront en ligne, et vous serez averti de tout nouveau message.	
Légal		
Quitter		



<b>S</b> sécurindemnit	É MEMBER DEMO Groupe 5335 • Certificat 533520DEMO
Mes demandes Ma couvert	ure Mes formules Mon compte
Accueil	Préférences relatives au compte eProfile <sup>MC</sup>
eCard	Tableau de bord eProfile <sup>™</sup> (0/5) <sup>(1)</sup>
Bons de réduction	Ouestion de sécurité (i)
FAQs	
Messages	
PostScripts	C'est à cet endroit que vous pouvez mettre à jour
Préférences	les renseignements sur votre compte
Contactez-nous Confidentialité	<ol> <li>Mettez à jour votre tableau de bord pour accéder rapidement aux outils que vous utilisez fréquemment.</li> </ol>
Légal Quitter	<ol> <li>Modifiez votre mot de passe.</li> <li>Mettez à jour vos questions de sécurité.</li> </ol>







# Explorons les fonctions des onglets du menu principal.

### Mes demandes

Cet onglet est l'endroit où sont centralisées toutes les demandes de remboursement.

Mes demandes	Ma couverture	Me	s formules	Mon compte
Soumettre des d	emandes			
Afficher des den	nandes			
Gérer les reçus				
Total des deman	des			
Retirer une dem	ande			
Vidéos d'aide po d'une demande	ur la soumission de règlement	Þ		



### Ma couverture

Cet onglet est l'endroit où sont centralisées toutes les protections et garanties offertes.

Vous pouvez utilisez le guide de la protection offerte pour vérifier ce que couvre votre régime ou nous envoyez vos questions directement par courriel à partir de votre eProfile.

Mes demandes	Ma couverture	Mes formules	Mon	compte
	Poser une questi			
ns	Consulter la couv régime			



#### Mes demandes Ma couverture Mes formules

Demandes

## **Mes formules**

L'onglet « **Mes formules** » vous donne accès aux formulaires de remboursement de médicaments, de soins dentaires ou de soins de santé complémentaires.

Vous pouvez utiliser ces formulaires pour soumettre vos demandes d'assurance par télécopieur directeme

_		
•	Mon compte eProfile <sup>MC</sup> : Formules	
	Demandes	
	Soins dentaires	Télécharger
	Médicaments	Télécharger
	Soins de santé complémentaires	Télécharger
	Compte de gestion-santé	Télécharger
	Hospitalisation	Télécharger

d'assurance par télécopieur directement à sécurindemnité.

Ces formulaires sont préremplis et contiennent vos renseignements personnels.

Mon compte

Tout ce que vous avez à faire, c'est saisir l'information dans la demande de remboursement, imprimer le formulaire et soumettre celui-ci.



## Mon compte

Mes demandes	Ma couverture	Mes formules	Mon compte
			Information sur le dépôt direct
			Mot de passe
			Question de sécurité
			Renseignements personnels
			Profil de bien-être



Comment soumettre une demande de remboursement en ligne



Pointez avec la souris sur l'onglet « **Mes demandes** ». Lorsque le menu déroulant apparaît, sélectionnez « **Soumettre des demandes** ».



Mon compte eProfile<sup>MC</sup> : eClaims







Entrez les détails de votre demande de remboursement.

Étape 2 : Entrez les renseignements sur la demande de remboursement

Remarque : Une somme maximale de 225,00 \$ est établie par demande de remboursement soumise en ligne pour des médicaments. Les demandes de remboursement excédant ce montant seront mises en attente afin d'être examinées par un agent d'approbation. Tous les reçus doivent être téléchargés avec la demande.

Rer	Renseignements sur la demande									
	(i) Date de délivrance (jj/mm/aaaa)	Patient	DIN	(i) Quantité	Frais de préparation	Montant				
1		Choisir 👻					Supprimer			
		Nom du médican	ent		(i) CDP	(i) Mo	tant CDP			
Ļ	→			A	icune	-				
+ N	ouvelle demande									

- 1. Entrez la date d'exécution de l'ordonnance.
- 2. Choisissez un patient dans le menu déroulant.
- 3. Entrez l'identification numérique de médicament (DIN).
- 4. Entrez la quantité.
- 5. Entrez les frais d'exécution d'ordonnance.
- 6. Entrez le coût total de l'ordonnance.







Prestation

#### Étape 3 : Sommaire des réclamations

15

Sommaire des réclamatio	ns		
Date de délivrance. (jj/mm/aaaa)	Patient	Nom du médicament	Montant soumis
15/12/2015	Member Demo	NOVAMOXIN 125MG	26,54 \$
		Tota	I : 26,54 \$
onditions générales			
i vous avez lu les conditions ue vous souhaitez les accepter	générales de soumission de r, cliquez sur le bouton «	s demandes en ligne et l'Avi J'accepte » pour poursuivre.	is de non-responsabilité et
étail des conditions générale:	s =		
es présentes conditions généra èglement que vous soumettez pa emandes en ligne.	ales de soumission des dema our tout patient ou fournis	ndes en ligne s'appliquent à seur au moyen de notre servi	à tout type de demande de ice de soumission de
vis de non-responsabilité			
près avoir lu l'avis de non-re 'accepter ou le refuser.	esponsabilité, cliquez sur	l'un des boutons figurant au	u bas de la page pour
'atteste que les renseignemen ont véridiques et complets et voir l'autorisation de divulg ersonnes à ma charge pour le ' emboursement et toute explica écurIndemnité, les profession restations ainsi que les autr enseignement nécessaire conce	ts que je fournirai pour la que j'ai l'autorisation de uer et de recevoir de l'inf traitement et le paiement d tion des montants payés ser nels de la santé, les assur es fournisseurs de services rnant cette demande d'indem	soumission de cette demande soumettre cette demande de ormation au sujet de mon/ma e prestations, s'il y a lieu ont envoyés au participant a eurs, l'administration publi qui collaborent avec Sécur] nité dans le but d'administr	e de règlement en ligne règlement. Je certifie conjoint(e) et/ou des u. Je reconnais que tout au régime. J'autorise ique ou d'autres régimes de , Indemnité à partager tout rer mon régime de
🛿 J'ai pris connaissance, j'ai comp	pris et je consens aux conditions	ci-dessus.	
		C	arrière soumettre

/érifiez les létails de la lemande de emboursement avant de ransmettre celle-ci.

Confirmez que vous avez iu, compris et accepté les modalités et les conditions.





# Votre demande de remboursement a été transmise avec succès!

Au moyen des renseignements qui s'affichent à l'écran récapitulatif ci-dessus, vous pouvez vérifier les détails de votre demande de remboursement et confirmer le montant demandé et le montant remboursé.

Cliquez sur « nouvelle demande » pour transmettre une autre demande.

Toutes les demandes ont été soumises avec succès.							
			Date de soumission	Montant	Montant	Reçus	
Patient	Prestation	Statut	(jj/mm/aaaa)	soumis	payée	joints	
Member Demo	Médicament	Payé	15/01/2016	26,54 \$	0,00 \$	Non	
			Total ·	26 54 \$	0.00 \$		

nouvelle demande



Mon compte eProfile<sup>MC</sup> : eClaims



#### Étape 1 : Sélectionnez une protection









Entrez les renseignements relatifs au fournisseur de service.

#### Étape 2 : Choisir le fournisseur

Fournisseurs récents

Nom	Adresse	Ville	Province
Johnson, David	201-550 Ontario St S	Milton	ON
PETERSON, TIFFANY RMT J296	ELMWOOD SPA	Mount Pleasant	ON
SMITH, JASON CLIFFORD RMT K220	11 LAPSLEY ROAD	SCARBOROUGH	ON

Sélectionnez un fournisseur parmi la liste des fournisseurs récents...





#### Mon compte eProfile<sup>MC</sup> : eClaims

Si le fournisseur que vous recherchez ne fi ».	gure pas dans la liste, veuillez cliquer	sur l'onglet « Ajouter un	fournisseur	
Prestation	ournisseur Détails	Résumé		
Étape 2 : Choisir le fournisseur				
Fournisseurs récents			•	
Recherche de fournisseurs			•	
Nom BLACK	Adresse 1	8 CHAMPLAIN ST		
Ville DIEPPE	Province N	Nouveau Brunswick	-	Si votre fournisseur
	ajouter	un fournisseur	recherche	n'apparaît pas dans
Nom	Adresse	Ville	Province	la liste, vous pouvez
BLACK, GRAHAM NR	4-18 CHAMPLAIN ST	DIEPPE	NB	facilement l'ajouter.
		arrière	suivant	
Ajouter un fournisseur			۲	
<ol> <li>Nom</li> </ol>	Adresse			
Ville	Province Chois	sir	•	
N° de +1 000-000-0000 téléphone				
		annuler	outer	





Étape 3 : Entrez les renseignements sur la demande de remboursement

Remarque : Une somme maximale de 275,00 \$ est établie par demande de remboursement soumise en ligne pour des soins de santé complémentaires. Les demandes de remboursement excédant ce montant seront mises en attente afin d'être examinées par un agent d'approbation. Tous les reçus doivent être téléchargés avec la demande.

Renseignements sur la	demande					
Date de délivrance. (jj/mm/aaaa)	Patient	Service	Montant	() CDP () Mo	ntant CDP	
1	Choisir 👻	Audiologiste			Su	pprimer
+ Nouvelle demande						
Entrez les détails	de votre dem	ande		(	arrière	suivant
de remboursemer		Cliquez	sur « sui			

- 1. Entrez la date du service reçu.
- 2. Choisissez un patient dans le menu déroulant.
- 3. Confirmez le service rendu.
- 4. Entrez le montant du remboursement demandé.



pour continuer.

#### Mon compte eProfile<sup>MC</sup> : eClaims



#### Étape 4 : Sommaire des réclamations

Sommaire des réclamations				
Date de délivrance.				
(jj/mm/aaaa)	Patient	Servi	ce	Montant soumis
06/01/2016	Member Demo	Audiolo	giste	50,00 \$
			Total :	50,00 \$

#### Vérifiez les détails de la demande de remboursement avant de soumettre celle-ci.

#### Conditions générales

-----

demandes en ligne.

Si vous avez lu les conditions générales de soumission des demandes en ligne et l'Avis de non-responsabilité et que vous souhaitez les accepter, cliquez sur le bouton « J'accepte » pour poursuivre.

#### Détail des conditions générales

Les présentes conditions générales de soumission des demandes en ligne s'appliquent à tout type de demande de règlement que vous soumettez pour tout patient ou fournisseur au moyen de notre service de soumission de

J'ai pris connaissance, j'ai compris et je consens aux conditions ci-dessus.

Avis de non-responsabilité

Après avoir lu l'avis de non-responsabilité, cliquez sur l'un des boutons figurant au bas de la page pour l'accepter ou le refuser.

J'atteste que les renseignements que je fournirai pour la soumission de cette demande de règlement en ligne sont véridiques et complets et que j'ai l'autorisation de soumettre cette demande de règlement. Je certifie avoir l'autorisation de divulguer et de recevoir de l'information au sujet de mon/ma conjoint(e) et/ou des personnes à ma charge pour le traitement et le paiement de prestations, s'il y a lieu. Je reconnais que tout remboursement et toute explication des montants payés seront envoyés au participant au régime. J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les assureurs, l'administration publique ou d'autres régimes de prestations ainsi que les autres fournisseurs de services qui collaborent avec SécurIndemnité à partager tout renseienement nécessaire concernant cette demande d'indemnité dans le but d'administrer mon régime de

Confirmez que vous avez lu, compris et accepté les modalités et les conditions.

arrière 🛛 soumettre

Cliquez sur « soumettre ».



# Votre demande de remboursement a été soumise avec succès!

Au moyen des renseignements qui s'affichent à l'écran récapitulatif ci-dessus, vous pouvez vérifier les détails de votre demande de remboursement et confirmer le montant demandé et le montant remboursé.

Mon compte eProfile <sup>MC</sup> Résumé de la demande de remboursement	page imprimable
Toutes les demandes ont été soumises avec succès.	

Patient	Prestation	Statut	Date de soumission (jj/mm/aaaa)	Montant soumis	Montant payée	Reçus joints
Member Demo	Audiologiste	Payé	15/01/2016	50,00 \$	0,00 \$	Non
			Total :	50,00 \$	0,00 \$	



#### Mon compte eProfile<sup>MC</sup> Résumé de la demande de remboursement

page imprimable

Une ou plusieurs des demandes soumises doivent être accompagnées des reçus. Ces demandes sont indiquées ci-dessous en rouge.

Apprenez comment soumettre des reçus et retirer des demandes ici.

	Patient Member Demo	Prestation Thérapeute du sport	Statut À vérifier	Date de soumission (jj/mm/aaaa) <b>21/03/2017</b>	Montant soumis 65,00 \$	Montant payée 0,00 \$	Reçus joints Non
- r				Total :	65,00 \$	0,00 \$	

nouvelle demande

Sommaire des paiements	5		
Statut de la réclamation:	À vérifier	Montant payée:	
Prestation:	Thérapeute du sport	Franchise/Coassurance:	
Numéro de réclamation:	43621310	Montant soumis:	6
Nom du patient:	Member Demo	Autre assurance:	5
Date de vente/service:	14/03/2017		
Téléversement du docum	ient	in desument à courrettroi	
Téléversement du docum Veuillez cliquer sur « Parce	<b>1ent</b> ourir » pour sélectionner u	in document à soumettre:	parcourir.
Téléversement du docum Veuillez cliquer sur « Parco Documents téléchargés	<b>1ent</b> ourir » pour sélectionner u	in document à soumettre:	parcourir

Afin d'ajouter votre reçu, selectionnez votre demande après l'avoir soumise.



# Vérifions votre couverture d'assurance



#### MEMBER DEMO Groupe 5335 • Certificat 533501DEMO





# Exemple : Vous souhaitez recevoir les services d'un massothérapeute, mais vous voulez vous assurer que ce service est couvert.

Mon compte eProfile<sup>MC</sup> couverture : Consulter la couverture de mon régime

	ourontare : contraiter la courontare ac meninginie	
Recherche		Sélectionnez le patient.
Patient:	MEMBER DEMO	Sélectionnez la protection.
Prestation:	Soins de santé complémentaires	
Catégorie:	Soins paramédicaux	<ul> <li>Selectionnez la categorie de protection.</li> </ul>
Sous-catégorie:	Massothérapeute	-
Consultation catégorie		<ul> <li>Sélectionnez la sous-catégorie de protection.</li> </ul>
	supprimer soumettre	Cliquez sur « soumettre ».
Renseignements sur la couvertur	re pour les soins de santé complémentaires	
Admissible:	1002	
Tuno de demando électronique:	Temps réal	
Franchise:	Non	
Maximum:	Services paramédicaux	
Fréquence:	500,00 \$ Par personne Par année civile Non	
Notes:	L'admissibilité d'une demande d'indemnité est déterminée au moment où la demande est traitée. Le montant remboursable est entre autres établi en fonction de la conception de votre régime, des franchises, du pourcentage payé par vos avantages sociaux	

4

# Exemple : Vous voulez vérifier si un médicament particulier est couvert par votre régime.





#### Mon compte eProfile<sup>MC</sup> couverture : Consulter la couverture de mon régime

<u>page imprimable</u>

Patient:	MEMBER DEMO	•
Prestation:	Médicament	•
🗓 🔿 Par DIN:		
Par nom de médicament:	lipitor	×

Informations sur l'assurance médie	caments
DIN:	2230711
Nom du médicament:	LIPITOR 10MG
Admissible:	Oui
Coassurance:	Oui
Type de demande électronique:	Temps réel
Franchise:	Non
Maximum:	Non
Notes:	L'admissibilité d'une demande d'indemnité est déterminée au moment où la demande est traitée. Le montant remboursable est entre autres établi en fonction de la conception de votre régime, des franchises, du pourcentage payé par vos avantages sociaux, des maximums, de la coordination des prestations, etc. Pour en savoir davantage, consultez votre livret sur les prestations ou communiquez avec notre <u>Centre d'assistance aux clients</u> .



# Application mobile Sécurindemnité

# Comment télécharger l'application mobile?

### **Ouvrir** :



Cherchez : SécurIndemnité, cliquez sur : 5



Téléchargez cette application gratuite.



# Page d'accueil

Possibilité de vous enregistrer directement à partir de votre téléphone intelligent en utlisant l'application mobile de SécurIndemnité/ClaimSecure.





# Écran de bienvenue





## Menu

- Mes demandes : Voir l'historique de vos réclamations
- Ma couverture : Voir les détails des bénéfices
- PhotoClaims : Soumettre vos réclamations en prenant une photo de vos reçus
- eCards : Voir une copie de votre carte d'indemnités
- Messages
- Bons de réduction (coupons)





## **PhotoClaims**

## Vos réclamations doivent être soumises par :

eprofile™ eMobile app for smartphone

Votre profile Web ou par votre application mobile. Vous n'aurez plus à nous soumettre vos demandes d'assurance par courriel.

9

Cirl

### Adresse :

SécurIndemnité Inc. C.P. Boîte 6500, Station A Sudbury ON P3A 5N5

Télécopieur : 1-866-613-0530