



PSHCP Administrator Dispute Escalation Résolution des différends avec l'administrateur du RSSFP

This form is intended to facilitate escalation of issues encountered with OUTCAN PSHCP claims, system barriers associated with MSH Intl or Canada Life web portals, and plan administrator customer service deficiencies. Please DO NOT initiate this escalation process if you have not already contacted the plan administrators to attempt resolve the issue. Some issues may fall within CAF Pay and Admin or Health Services support abilities to resolve, if unsure whether this may be the case please reach out to:

CDLSW-MedicalAdmin-ELFCW-AdminMedical@forces.gc.ca

Be aware, this form is to be treated as Protected A once complete and therefore should not include any detailed personal health information. If such information is required you will be contacted for follow up. Submission of this form initiates an escalation through the Treasury Board Secretariat to the OUTCAN PSHCP Plan Manager.

Ce formulaire est destiné à faciliter l'escalade des problèmes rencontrés avec les demandes de règlement du RSSFP OUTCAN, les obstacles liés aux portails web de MSH Intl ou de Canada Vie, ainsi que les lacunes du service à la clientèle des administrateurs du régime. Veuillez NE PAS entamer ce processus d'escalade si vous n'avez pas déjà contacté les administrateurs du régime pour tenter de résoudre le problème. Certains problèmes peuvent concerner Paie & Admin ou Les Services de Sante des Forces Canadiennes. Si vous n'êtes pas certain que ce soit le cas, veuillez communiquer avec:

CDLSW-MedicalAdmin-ELFCW-AdminMedical@forces.gc.ca.

Veuillez noter que ce formulaire doit être traité comme Protégé A une fois rempli et ne doit donc inclure aucune information personnelle détaillée sur la santé. Si de telles informations sont nécessaires, vous serez contacté pour un suivi. La soumission de ce formulaire initie une escalade par le Secrétariat du Conseil du Trésor auprès du gestionnaire du régime RSSFP OUTCAN.

Plan Number - Numéro de Régime:		Member Surname - Nom du membre:	Given Name - Prenom:
Certificate Number - Numéro de certificat:		Dependant Surname - Nom pers à charge:	Given Name - Prenom:
Disputed Claims - Réclamations contestées		Description of issue - Description des problèmes:	
Claim No. - Numéro demande:	Claim Date - Date de demande:		
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
Customer Service Contacts - Coordonnées du service à la clientèle			
Ph # Contacted - Tél # appelé:	Contact Date - Date de contact:		
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Call back Pref - Préf de rappel:		Call Back Ph # - Numéro de téléphone pour rappel:	
Su Mo Tu We Th Fr Sa Timezone:		Email - Courriel:	
am			
pm			