

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE

Département des Réclamations
Casier postal 93149, 1111 Davis Dr.
Newmarket ON L3Y 8K3

Téléphone sans frais : 1 866 772-5577
Télécopieur sans frais : 1 888 706-3430

Veillez remplir, signer et nous faire parvenir ce formulaire dans le plus bref délai. Sans ces informations, nous ne pouvons traiter votre réclamation.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ N° de la Police : _____ N° de la réclamation : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
Date de naissance du patient : _____ Homme Femme Adresse électronique (s'il y a lieu) : _____
MM/JJ/AAAA
N° d'assurance-maladie provinciale du patient (incluant le code de version pour les résidents de l'Ontario.) : _____

DÉTAILS DU VOYAGE

Est-ce que c'était votre premier voyage de l'année à l'extérieur de votre province de résidence? Oui Non, ce fut mon _____ voyage à l'extérieur de ma province de résidence.
Date de départ : _____ Date de retour planifiée ou anticipée : _____ Date réelle du retour : _____
MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA
Nature du voyage : affaires vacances études médical autre : _____ Destination : _____
Type de voyage : en voiture en avion autre : _____ Avez-vous souscrit une assurance supplémentaire? Non Oui (préciser) _____

RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE


Renseignements sur l'employeur

Si vous êtes à la retraite, indiquez le nom de votre dernier employeur qui gère vos bénéfices.

Nom de l'employeur : _____ à la retraite? Nom du conjoint(e) : _____
Date de naissance du conjoint(e) : _____
MM/JJ/AAAA
Adresse : _____ Adresse de son employeur : _____
N° de l'employeur du conjoint(e) : _____ à la retraite?
Téléphone : _____ N° de téléphone de son employeur : _____

Veillez indiquer toutes les polices d'assurance que vous détenez chez d'autres assureurs (exemples : assurance collective d'employée/de retraité(e), assurance collective de votre conjoint(e) au travail, cartes de crédit privilège, l'assurance souscrite à l'achat d'une maison ou d'une automobile ou tout autre régime d'assurance voyage). Si nécessaire, utilisez une page supplémentaire.

1) Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone de l'assureur : _____
Adresse de l'assureur : _____ Cette police comporte-t-elle un maximum viager? Non Oui (préciser) _____
N° de la police : _____ N° de Certificat : _____ Signature du titulaire de la police : _____
2) Nom de l'assureur : _____ N° de téléphone de l'assureur : _____
Adresse de l'assureur : _____ Cette police comporte-t-elle un maximum viager? Non Oui (préciser) _____
N° de la police : _____ N° de Certificat : _____ Signature du titulaire de la police : _____
3) **S'il s'agit d'un Accident de voiture** : Nom de la compagnie d'assurance : _____ Téléphone : _____
N° de la police : _____ N° de Certificat : _____
4) **Si vous avez payé votre voyage par carte de crédit**, indiquez le type de carte _____ Numéro _____ Date d'expiration _____
Avez-vous soumis ces factures à une autre compagnie d'assurance? Non Oui Si Oui, nom de la compagnie : _____
Téléphone : _____ Personne ressource : _____

Il faut remplir la Page 2 de ce formulaire 

D'autres documents peuvent être requis selon le cas – voir ci-dessous

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> tous les originaux des factures de consultation médicale et des reçus d'ordonnances | <input type="checkbox"/> une preuve de départ |
| <input type="checkbox"/> formulaires de réclamation de l'assurance-maladie gouvernementale dûment remplis
(seulement pour les résidents de la Colombie Britannique et de la Terre Neuve) | <input checked="" type="checkbox"/> une photocopie de la carte d'assurance-maladie gouvernementale |
| | <input type="checkbox"/> rapport d'accident (si approprié) |

(TOUT EN SOUMETTANT LES ORIGINAUX DE CES DOCUMENTS, VEUILLEZ EN CONSERVER DES COPIES POUR FINS DE VÉRIFICATION.)

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au 1 866 772-5577.
Notre Équipe au Service des Réclamations se fera un plaisir de vous aider.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Est-ce qu'un accident a nécessité des soins médicaux? Oui Non Si "Oui", veuillez préciser les détails et fournir un rapport d'accident avec ce formulaire.

Faites une courte description de la situation qui vous a amené à chercher des soins médicaux, y compris le diagnostic : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____ Date de l'évènement : _____
MM/JJ/AAAA

Avez-vous communiqué avec notre service d'assistance médicale dans les 24 heures suivant l'évènement? Oui Non

Nous avez-vous soumis d'autres réclamations? Oui Non

Avez-vous déjà souffert de ces états pathologiques? Oui Non Si "Oui", indiquez la date de votre **dernier** traitement : _____
MM/JJ/AAAA

Veuillez énumérer tous les médicaments que vous preniez **avant** votre date de départ : _____

Y a-t-il eu un changement de médicaments **avant** votre date de départ? Oui Non Si "Oui", veuillez fournir les détails sur une autre feuille.

Nom, adresse et téléphone de votre médecin de famille au Canada : _____

Date de votre **dernier** examen médical au Canada avant votre voyage : _____ Pays où le sinistre a eu lieu : _____
MM/JJ/AAAA

Avez-vous payé pour votre traitement? (Si "Oui", joindre la preuve de paiement) : Oui Non En entier En partiel

Montant de votre réclamation : _____ \$ Devise : _____

AUTORISATION ET CESSION À L'INTENTION DU RÉGIME PROVINCIALE D'ASSURANCE-MALADIE

Je demande et j'autorise au Régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG) de ma province, y compris OHIP, de faire parvenir directement à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée tout versement à l'égard de ma réclamation pour les services de santé reçus à l'étranger et par le présent je libère RAMG, après paiement à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée, de toute réclamation supplémentaire ou cause d'action en rapport avec cette réclamation.

Je consens et j'autorise RAMG, y compris OHIP, de recueillir et d'utiliser directement ou indirectement des renseignements personnels y compris des renseignements médicaux en ce qui concerne le paiement de ma réclamation pour des services à l'étranger [se rapportant à la Section 39 (1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, à la Section 4(2)(f) de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* pour les résidents de l'Ontario seulement, et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*].

Je consens à ce que le RAMG de ma province, y compris OHIP, divulgue à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée de tels renseignements personnels y compris des renseignements médicaux en ce qui concerne le traitement et le paiement de ma réclamation pour des services de santé reçus à l'étranger, incluant les détails de tout paiement en duplicata m'ayant d'abord été envoyé directement. Je reconnais que je peut refuser mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements, pourtant en faisant ainsi ma réclamation ne peut être traitée et ne sera pas payée. À l'égard des paiements effectués en mon nom, je consens à ce que toutes les indemnités payées ou payables par tout autre assureur, relativement à cette réclamation, soient assignées en tout ou en partie à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée.

Signature de l'assuré(e) _____ Date _____ N° du RAMG _____
MM/JJ/AAAA

Signature du témoin _____ Date _____ Code de version _____
MM/JJ/AAAA (Résidents de l'Ontario seulement)

CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je certifie que j'ai rempli ce formulaire de réclamation et, au meilleur de ma connaissance, que les réponses fournies sont complètes, à jour et précises.

J'autorise tout médecin, hôpital ou autre fournisseur de soins médicaux m'ayant examiné ou m'ayant prodigué des soins à soumettre à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée ou à échanger avec elle ou ses représentants tout renseignement se rapportant à mon historique médicale, mes symptômes, mon traitement, mon examen ou mon diagnostic dans le but de traiter cette réclamation.

J'autorise tout autre assureur à soumettre à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée ou à échanger avec elle ou ses représentants tout renseignement d'ordre médical ou renseignement sur des indemnités associées avec cette réclamation et j'autorise et enjoins de tels payeurs à faire parvenir les montants d'indemnité directement à Professionnels de la Gestion Complète des Réclamations Ltée.

Je conviens qu'une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale et que cette autorisation sera considérée valide pendant toute la durée du règlement de cette réclamation, mais que ladite période n'excédera pas deux ans à partir de la date quand elle a été signée. Je reconnais mon droit de recevoir une copie de cette autorisation.

Nom du Patient (EN LETTRES MOULÉES) : _____ Date: _____
MM/JJ/AAAA

Adresse au Canada: _____

Signature du Patient ou avocat qui le/la représente* : _____ N° de téléphone : _____

* Si le patient est mineur, son tuteur légal doit signer en son nom. Si un représentant légal autre que le tuteur légal du patient signe ce formulaire (pouvoir par procuration, pouvoir exécuteur/testamentaire etc.) le régime d'assurance maladie provinciale exige une preuve d'un statut de "Représentant légal".

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au 1 866 772-5577. Notre Équipe au Service des Réclamations se fera un plaisir de vous aider.