

FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Veillez remplir, signer et retourner le présent formulaire à Mondial Assistance dans les plus brefs délais. Nous ne pouvons traiter votre réclamation en l'absence de ces enseignements.

P.O. Box 277
Waterloo, ON
Canada N2J 4A4

P.O. Box 71987
Richmond, VA
USA 23255-1987

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Numéro de dossier _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (résidence) () _____ Téléphone (travail) () _____ Courriel (facultatif) _____

Date de naissance du patient : _____ Masculin Féminin Relation du patient avec le titulaire de la police : _____
MM/JJ/AAAA

Numéro de carte Santé provinciale (notamment le code de version pour les résidents de l'Ontario) : _____

Renseignements sur l'assuré

Nom du titulaire de police : _____

Date de naissance du titulaire de police : _____ Numéro de groupe de Mondial Assistance : _____ Green Shield ID : _____
MM/JJ/AAAA

DÉTAILS DU VOYAGE

S'agissait-il de votre 1^{er} voyage hors de votre province de résidence cette année? Oui Non, c'était mon _____ séjour hors de ma province de résidence cette année.

Date de départ : _____ Date de retour prévue : _____ Date réelle du retour : _____
MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA MM/JJ/AAAA

Raison du voyage : Affaires Vacances Études Soins médicaux Autre : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (le cas échéant, inclure les renseignements sur le conjoint afin de coordonner les avantages)

Renseignements sur l'employeur

Si vous êtes retraité, indiquez le nom de l'employeur offrant les avantages :

Nom du conjoint : _____

Date de naissance du conjoint : _____
MM/JJ/AAAA

Nom de l'employeur : _____ Retraité? Employeur du conjoint : _____ Retraité?

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Veillez indiquer les autres protections d'assurance que vous détenez auprès de tout autre assureur : (c.-à-d. avantages collectifs employé/retraité/conjoint, cartes de crédit améliorées, biens personnels, tels que résidence/automobile ou tout autre programme de voyage acheté). Joignez une page supplémentaire au besoin.

1) Nom de l'assureur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Limite payable à vie sur la police? Non Oui (précisez) _____ \$

Numéro de police : _____ Numéro de certificat : _____ Signature du titulaire de police : _____

2) Nom de l'assureur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Limite payable à vie sur la police? Non Oui (précisez) _____ \$

Numéro de police : _____ Numéro de certificat : _____ Signature du titulaire de police : _____

Si le voyage a été acheté à l'aide d'une **carte de crédit**, précisez le nom de la carte : _____ Numéro : _____

Date d'expiration : _____

Ces factures ont-elles été soumises à un autre assureur? Non Oui Dans l'affirmative, nom et renseignements sur la personne-ressource : _____

Autres documents REQUIS (n'oubliez pas de les inclure)

Factures médicales originales et détaillées et reçus de médicaments sous ordonnance s'ils ont été reçus par le patient
Photocopie de la carte Santé provinciale du patient

Autres documents POUVANT ÊTRE REQUIS

Rapport d'accident (le cas échéant)
Formulaires de réclamation d'assurance-maladie provinciaux (uniquement si vous êtes un résident de la Colombie-Britannique ou de Terre-Neuve)
Preuve de départ (l'enveloppe est incluse si elle est requise par votre régime)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – (À remplir uniquement si vous n'avez pas communiqué avec Mondial Assistance au moment où s'est produite l'urgence médicale)

Veillez décrire brièvement la situation qui vous a amené à recevoir des soins médicaux, y compris le diagnostic.

Les services médicaux étaient-ils requis à la suite d'un accident? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails et joindre, au présent formulaire, un rapport d'accident.

Nom de l'hôpital ou des installations de soins : _____ Date où l'incident s'est produit : _____

MM/JJ/AAAA

Avez-vous souffert de ces conditions auparavant? Oui Non

Date du dernier changement de médicaments **avant** votre départ (y compris le type et la dose): _____

MM/JJ/AAAA

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin de famille: _____

Dernière visite médicale (au Canada) avant votre voyage? _____ Pays où la réclamation s'est produite : _____

MM/JJ/AAAA

Avez-vous payé pour recevoir des traitements? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser : Montant partiel ou montant versé en entier et soumettre la preuve de paiement

Montant total réclamé : _____ \$ Devise : _____

AUTORISATION

DIRECTIVE SPÉCIALE À L'ÉGARD DU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU GOUVERNEMENT ET D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

Je dirige et j'autorise le régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG) de ma province, y compris le RAMO, à effectuer un paiement à l'égard de ma réclamation pour des services de santé reçus à l'étranger à World Access Canada, faisant affaires comme Mondial Assistance, directement et, je libère par les présentes RAMG, dès le paiement à World Access Canada, de toute réclamation ou poursuite subséquente à l'égard des présentes.

Par les présentes, je consens et j'autorise le RAMG, y compris le RAMO, à recueillir directement ou indirectement et à utiliser les renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé liés au paiement de ma réclamation pour des services reçus à l'étranger (en vertu de l'article 39 (1) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, et pour les résidents de l'Ontario en vertu de la Loi sur l'assurance-santé et la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé).

Je consens à ce que le RAMG, y compris le RAMO divulguent à World Access Canada de tels renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé qui sont liés au traitement et au paiement de ma réclamation pour des services de santé reçus à l'étranger, notamment les détails de tout paiement en double qui a été effectué, par moi directement, auparavant. Je comprends que je peux refuser mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements, toutefois, ce faisant ma réclamation ne pourra pas être traitée ni payée.

En considération du paiement versé pour mon compte, j'autorise que tous les avantages payés ou payables par toute autre société d'assurance à l'égard de la présente réclamation, soient attribués, en tout ou en partie, à World Access Canada ou, s'ils ont été soumis par World Access Canada, à la société d'assurance souscrivant à la police pour laquelle un tel paiement est effectué.

AUTHENTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS

Je certifie avoir rempli ce formulaire de réclamation et avoir fourni des réponses aux questions des pages 1 et 2 complètes, actuelles et précises au mieux de ma connaissance et croyance. J'autorise tout médecin, hôpital ou fournisseur de soins de santé qui m'a soigné ou examiné à divulguer à Mondial Assistance ou à ses représentants et à échanger avec eux tout renseignement sur mes antécédents médicaux, symptômes, traitements, examens ou diagnostics aux fins d'évaluation de la présente réclamation. J'autorise toute autre société d'assurance à divulguer à Mondial Assistance ou à ses représentants et à échanger avec eux tout renseignement médical ou sur le paiement des avantages qui est lié à la présente réclamation. Je comprends que si je suis une personne à charge en vertu de ce régime, le titulaire de la police aura accès aux renseignements me concernant sur la présente réclamation quant à l'administration du présent régime. Je conviens qu'une copie ou un fac-similé de cette autorisation sera tout aussi valable que le document original et que cette autorisation devra être considérée comme valable pour la durée de cette réclamation, mais ne pas excéder deux ans de la date de signature. Je comprends que des renseignements à mon égard puissent être révisés en cas de vérification du présent régime.

Nom du patient (écrire en caractères d'imprimerie) : _____ Date : _____

MM/JJ/AAAA

Adresse au Canada: _____

Signature du patient et du mandataire légal désigné* : _____ Numéro 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, (procuration, exécuteur et exécutrice testamentaire, etc.), le régime de santé provincial exige une preuve de l'état des « représentants légaux ».

**Gardez toujours pour vos dossiers une copie des documents originaux que vous transmettez.
Si vous avez des questions, veuillez nous appeler sans frais en composant le 1 800 363-1835.
Notre équipe du service à la clientèle peut vous aider.**

À propos des documents que nous exigeons pour traiter votre demande de règlement...

Une fois que l'urgence de la situation est passée (et nous espérons que vous allez beaucoup mieux), nous vous enverrons des formulaires de demande de règlement à remplir et vous devrez nous envoyer le **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX D'URGENCE** rempli et signé pour que nous puissions traiter le paiement de vos demandes de règlement. Ce formulaire nous permet de confirmer les frais médicaux encourus au cours de votre voyage et, dans la plupart des cas, comble les renseignements que nous exigeons pour le traitement de votre demande de règlement.

Veillez prendre note que nous exigeons un formulaire de réclamation de frais rempli pour chaque personne assurée soumettant une demande de règlement. Si vous signez le formulaire au nom du patient et que vous n'en êtes pas le tuteur légal, le régime provincial d'assurance-maladie exige que nous obtenions la preuve de votre état de « représentant légal ».

- **SECTION RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT** : Cette section nous permet d'identifier avec efficacité et certitude le membre assuré ainsi que la police qu'il détient. Les renseignements de cette section sont essentiels pour nous permettre de vérifier l'actualité et la validité de votre protection.
- **SECTION DÉTAILS DU VOYAGE** : Cette section est exigée pour nous permettre de vérifier que votre voyage et vos soins médicaux d'urgence sont conformes aux périodes désignées figurant dans les modalités de votre police.
- **SECTION RENSEIGNEMENTS SUR AUTRES ASSURANCES** : Les renseignements donnés dans cette section de votre formulaire de réclamation des frais nous permettent de coordonner les paiements médicaux avec les autres régimes d'assurance dont vous pouvez bénéficier en plus de ce régime. Si vous avez aussi une couverture d'assurance avec un service de carte de crédit, votre numéro de carte de crédit ne sera utilisé qu'à des fins de coordination de prestations sur votre couverture d'assurance. Si vous ne bénéficiez pas de ce type d'assurance, n'indiquez pas le numéro de votre carte de crédit.
- **SECTION RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** : Si, pour des raisons indépendantes de votre volonté, vous n'avez pas communiqué avec la ligne d'assistance médicale au moment de votre urgence, cette section nous donne une brève description de la situation qui s'est produite. Ne remplissez pas cette section si vous avez communiqué avec Mondial Assistance dans les 48 heures suivant votre situation d'urgence. En effet, lorsque vous communiquez avec Mondial Assistance dans le délai indiqué, nous pouvons effectuer le suivi médical de votre cas en temps réel. En conséquence, nous aurons déjà tous les renseignements qu'il nous faut et nous pourrions établir la facturation avec le prestataire médical.
- **SECTION AUTORISATION** :
 - **DIRECTIVE SPÉCIALE À L'ÉGARD DU RÉGIME D'ASSURANCE- MALADIE DU GOUVERNEMENT ET D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE** : Cette section nous permet de soumettre à votre régime d'assurance-maladie provincial ou à d'autres régimes d'assurance vos frais médicaux admissibles que Mondial Assistance a garantis ou payés pour vous. Si vous recevez un paiement du régime d'assurance-maladie provincial pour des factures qui ont été payées par Mondial Assistance en votre nom, vous acceptez de nous envoyer ce paiement. La coordination avec votre régime provincial est obligatoire. C'est une exigence d'admissibilité à votre couverture d'assurance de voyage.
 - **AUTHENTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS** : Cette autorisation signée nous permet d'accéder à vos renseignements médicaux personnels relatifs à la réclamation des frais, quand cela s'avère nécessaire, afin d'accélérer le processus de décision de vos demandes de règlement. Ceci est conforme à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE).

Selon la nature de votre réclamation des frais, nous pouvons vous demander des renseignements supplémentaires. Par exemple, si votre urgence médicale était le résultat d'un accident de véhicule à moteur, nous exigeons une copie du compte-rendu de la police ou de l'accident.

Si vous avez reçu ou payé des factures médicales relatives à cette demande de règlement, nous vous demanderons de nous faire suivre les factures détaillées originales à notre bureau. Les photocopies ou les reçus de paiement sans renseignements détaillés de chaque demande de règlement sont insuffisants.

Nous vous conseillons de toujours garder dans vos dossiers une photocopie de toutes les factures et de toute correspondance avec notre bureau. Si vous avez des questions au sujet de votre réclamation, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle - Réclamations au 1 800 363-1835.