

AVIS IMPORTANT

Une demande de règlement dûment remplie et signée est essentielle même si vous n'avez rien déboursé. Votre régime public d'assurance santé couvre une partie des frais pour les soins médicaux que vous avez reçus lors de votre voyage. CanAssistance rembourse entièrement ces frais, mais elle doit les soumettre à votre régime provincial d'assurance.

Conformément aux conditions générales du contrat, en signant le formulaire, vous autorisez CanAssistance à :

- accéder à vos renseignements personnels et aux renseignements médicaux pertinents à l'analyse de votre demande de règlement;
- payer directement les fournisseurs de service lorsque les dépenses sont admissibles.

Tout défaut de retourner ce formulaire autorise CanAssistance à vous demander de rembourser les frais qui ont été payés en votre nom.

Faire une demande de règlement

Remplissez la demande de règlement et signez aux endroits désignés par un X.

- Si plusieurs assurés ont reçu des soins médicaux, chaque personne doit remplir un formulaire.
- La demande doit être signée par le bénéficiaire (la personne qui a reçu des services de santé). Si la demande concerne un assuré mineur, elle doit être signée par le titulaire de la police.



Joignez tous les documents suivants:

- Factures originales et détaillées pour tous les services de santé reçus, le diagnostic et le traitement doivent y figurer clairement.
- Reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance indiquant le nom du médicament, la posologie et le prix.
- Preuve de paiement pour tous les frais réclamés, tel que la copie d'un relevé de carte de crédit ou une preuve de chèque encaissé indiquant la devise dans laquelle le service a été payé. À défaut de relevé, un reçu de transaction peut être accepté.
- Preuve des dates de votre départ et retour, tel qu'un billet d'avion, de train, une copie du passeport estampillé, un relevé bancaire ou de carte de crédit montrant des achats au Canada juste avant votre départ et immédiatement après votre retour.
- Tout autre document pertinent, tel que rapports médicaux, résultats de laboratoires, etc.



Nous vous recommandons de faire une copie de vos pièces justificatives pour vos dossiers, car ils ne vous seront pas retournés.



Transmettez les formulaires dûment remplis et vos documents numérisés via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Vous pouvez également envoyer les documents originaux par la poste à :

CanAssistance
Service des Règlements Voyage
1981, avenue McGill College, bureau 400
Montréal (Québec) H3A 2W9

Informations supplémentaires

Votre réclamation sera analysée dans les meilleurs délais suivant la réception des documents. Toutefois, certains aspects pourraient entraîner des retards dans le traitement de votre réclamation :

- toute demande incomplète ou des documents manquants;
- retard ou difficulté à obtenir une facture détaillée;
- retard ou difficulté à obtenir des renseignements médicaux.

Les dépenses admissibles sont remboursées en devise canadienne par chèque libellé au titulaire de la police. Si vous êtes couvert par plus d'une police d'assurance voyage, indiquez-le sur votre formulaire de réclamation. Nous ferons la coordination des bénéficiaires avec l'autre assureur au besoin.

Si vous recevez une facture, ne faites aucun paiement directement au fournisseur à moins d'instructions contraires de notre part. Veuillez nous envoyer toutes les factures reçues à l'adresse indiquée ci-dessus.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec nous au numéro d'assistance apparaissant sur votre carte d'assurance ou visitez notre site internet à l'adresse suivante : canassistance.com.

MARCHE À SUIVRE

- A. Inscrivez le nom de l'assureur et le numéro de contrat, certificat ou identification. Si disponible, indiquez le numéro de groupe ou police et le numéro de dossier;
- B. Complétez le recto et le verso du formulaire et **SIGNEZ LE MANDAT**;
- C. Veuillez vous assurer d'inscrire votre numéro d'immatriculation et identification Santé Manitoba afin d'éviter des retards dans le traitement de votre demande;
- D. Gardez une copie des documents et transmettez-les via notre site sécurisé : canassistance.com/fr/assures/depot

Ou par la poste à : **CANASSISTANCE - SERVICE DES RÈGLEMENTS VOYAGE**
1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 400
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 2W9

NOM DE L'ASSUREUR	N° DE GROUPE OU POLICE (facultatif)
N° DE CONTRAT, CERTIFICAT OU IDENTIFICATION	N° DE DOSSIER (facultatif)

MANDAT

1. Je, soussigné (veuillez écrire en lettres moulées) _____ (ou, je _____ parent ou tuteur de _____, un mineur) par la présente:

A. consens et autorise Santé Manitoba (*Manitoba Health*) à fournir à tout représentant de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. des renseignements sur les réclamations et paiements que possède Santé Manitoba concernant les demandes de règlement pour des soins médicaux engagés pendant ma période de couverture (conformément à ma police d'assurance voyage), y compris le nom de médecin traitant/hôpital, les dates de service et nature des services reçus (hospitalisation, consultation médicale, physiothérapie, visite, intervention, radiographie ou service de laboratoire).

B. enjoints Santé Manitoba à transmettre à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. le paiement de toute demande de prestation présentée par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, concernant des soins médicaux et hospitaliers survenus à l'extérieur du Manitoba.

2. Je consens à ce que l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. collectent directement et indirectement toute information contenue dans ma réclamation, incluant les documents sources, en accord avec les lois provinciales applicables.

3. Je cède à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. toutes les prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la police. De plus, je demande à ces tiers de verser directement à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. les prestations payables par suite de la présentation par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.

4. J'autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc. à transmettre les renseignements contenus à mon dossier à des tiers, qui les utiliseront pour déterminer les prestations payables, le cas échéant, dans le cadre de la présente demande de règlement.

5. Je certifie que les présentes informations sont complètes et véridiques au meilleur de mes connaissances et j'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, Santé Manitoba, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou au sujet d'un membre de ma famille sur mon état de santé ou celui d'un membre de ma famille (y compris tous renseignements médicaux antérieurs) à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et CanAssistance Inc.

X
SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE
DATE

Si celui-ci n'est pas le bénéficiaire, lien avec le bénéficiaire (père, mère, etc.) : _____

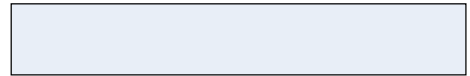
Une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est considérée aussi valide que l'originale.

BÉNÉFICIAIRE

N° D'IMMATRICULATION SANTÉ MANITOBA (6 chiffres)	NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte Santé Manitoba)		PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte Santé Manitoba)		
N° D'IDENTIFICATION MÉDICAL PERSONNEL SANTÉ MANITOBA (9 chiffres)	DATE DE NAISSANCE Année Mois Jour	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TÉLÉPHONE - DOMICILE		CELLULAIRE

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE VERSO

DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE VOYAGE



TITULAIRE DU CONTRAT (SI DIFFÉRENT DU BÉNÉFICIAIRE)

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

NOM DE FAMILLE (tel qu'inscrit sur la carte santé)	PRÉNOM (tel qu'inscrit sur la carte santé)	DATE DE NAISSANCE Année Mois Jour	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
--	--	--------------------------------------	---

DÉTAILS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

NOM DE L'EMPLOYEUR			
1 Adresse du domicile au Manitoba N° RUE	App. _____	CODE POSTAL _____	TÉLÉPHONE _____
	2 Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) N° RUE	App. _____	CODE POSTAL _____
3 COURRIEL :		CELLULAIRE _____	
ENVOI DU CHÈQUE : <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2 ENVOI DE CORRESPONDANCE : <input type="checkbox"/> ADRESSE 1 <input type="checkbox"/> ADRESSE 2			

SÉJOUR À L'EXTÉRIEUR DU MANITOBA

REMBOURSEMENT

Dates du voyage au cours duquel vous avez reçu les services de santé.		Montant demandé :
Date de départ Année Mois Jour	Date de retour au Manitoba Réelle Prévue (si différente) Année Mois Jour	
Motif du séjour (cochez une seule case)		
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier		Devise : <input type="checkbox"/> Dollars canadiens <input type="checkbox"/> Autre devise (précisez) : _____
<input type="checkbox"/> Travail	Nom de l'employeur : _____	Les factures ont-elles été payées? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Études	Joindre une attestation écrite de l'établissement, précisant les dates de début et de fin de vos cours	Si oui, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Entièrement <input type="checkbox"/> Partiellement : _____ Montant payé
<input type="checkbox"/> Recevoir des soins	Si vous avez fait une demande d'autorisation à Santé Manitoba, inscrivez le numéro : _____	
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez : _____	

SERVICES DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DU MANITOBA

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu des services de santé :	
S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type : <input type="checkbox"/> D'automobile <input type="checkbox"/> De travail <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	
Date de l'accident Année Mois Jour	Lieu où vous avez reçu ces services Ville Province (Canada) ou État (États-Unis) Pays S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation : _____
Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille.	

SERVICES DE SANTÉ AU MANITOBA

Si vous avez consulté un médecin au Manitoba dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :	Si vous avez été hospitalisé au Manitoba dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :
Nom : _____	Nature de la maladie : _____
Adresse : _____	Nom et adresse de l'hôpital : _____
Nature de la maladie : _____	No de dossier : _____
Date de la dernière visite : Année Mois Jour	
Indiquez le nom des médicament(s) que vous prenez dans les 6 mois précédant le départ :	

AUTRES ASSURANCES

Veuillez indiquer ci-dessous toute autre assurance voyage que vous détenez.	
Assurance collective : _____ Nom de l'assureur _____	N° de la police : _____ N° d'identification : _____
Carte de crédit bancaire : _____ Nom de l'institution financière _____	N° de la carte : _____
Autre assurance voyage : _____	

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER LE RECTO

AVIS IMPORTANT

Si votre demande de remboursement est admissible, par défaut un chèque sera émis au titulaire du contrat. Si vous préférez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez remplir ce formulaire et joindre un spécimen de chèque.

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus - contrairement à ceux déposés par chèque - et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste :

CanAssistance, Service des Règlements Voyage

1981, avenue McGill College, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 2W9

Identification du titulaire

Nom complet du titulaire

N° de contrat, certificat ou identification

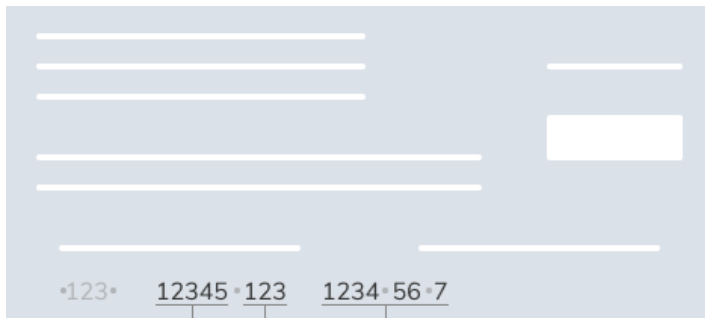
N° De dossier

Renseignements bancaires (Institutions financières canadiennes seulement)

Pour éviter des erreurs et des délais dans le paiement, veuillez joindre un spécimen de chèque. Il est aussi possible d'obtenir un spécimen de chèque en utilisant les services bancaires en ligne de votre institution financière.

Numérisez le document ou prenez-le en photo, en vous assurant que tous les renseignements sont lisibles.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir un spécimen de chèque, veuillez compléter attentivement les sections ci-dessous.



•123• 12345 •123 1234 •56 •7

1 - Numéro de transit (succursale) 2 - Numéro d'institution financière 3 - Numéro de compte

N° de transit

N° d'institution

N° de compte

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature du titulaire _____

Date _____