

**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](https://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  
CP 3888, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3L7

**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 bénéfices 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](https://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](https://canassistance.com/fr/assures/depot)

Ou par la poste à : **CANASSISTANCE - SERVICE DES RÈGLEMENTS VOYAGE**  
**CP 3888, SUCCURSALE B**  
**MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 3L7**

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 Canassurance Compagnie d'Assurance 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 Canassurance Compagnie d'Assurance et CanAssistance Inc. le paiement de toute demande de prestation présentée par Canassurance Compagnie d'Assurance 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 Canassurance Compagnie d'Assurance 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 Canassurance Compagnie d'Assurance 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 Canassurance Compagnie d'Assurance et CanAssistance Inc. les prestations payables par suite de la présentation par Canassurance Compagnie d'Assurance et CanAssistance Inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.

4. J'autorise Canassurance Compagnie d'Assurance 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 Canassurance Compagnie d'Assurance 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)

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

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

## DÉTAILS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT

NOM DE L'EMPLOYEUR										
1	Adresse du domicile au Manitoba N° RUE App.						CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	
	Adresse de correspondance ou de paiement (si différente) N° RUE App.						CODE POSTAL		TÉLÉPHONE	
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

### Dates du voyage au cours duquel vous avez reçu les services de santé.

Date de départ			Date de retour au Manitoba					
Année	Mois	Jour	Réelle			Prévue (si différente)		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

### Motif du séjour (cochez une seule case)

- Vacances ou séjour saisonnier
- Travail Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_
- Études Joindre une attestation écrite de l'établissement, précisant les dates de début et de fin de vos cours
- Recevoir des soins Si vous avez fait une demande d'autorisation à Santé Manitoba, inscrivez le numéro : \_\_\_\_\_
- Autre Précisez : \_\_\_\_\_

## REMBOURSEMENT

### Montant demandé :

#### Devise :

- Dollars canadiens
- Autre devise (précisez) : \_\_\_\_\_

#### Les factures ont-elles été payées?

- Non
- Oui

#### Si oui, veuillez préciser :

- Entièrement
- Partiellement : Montant payé \_\_\_\_\_

## 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 :

- D'automobile  De travail  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Date de l'accident

Année Mois Jour

Décrivez les services reçus (Ex.: tests, radiographies, chirurgie, etc.) Si nécessaire, continuez sur une autre feuille.

_____
_____
_____

### 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: \_\_\_\_\_

## SERVICES DE SANTÉ AU MANITOBA

Si vous avez consulté un **médecin au Manitoba** dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite : Année Mois Jour

Si vous avez été **hospitalisé au Manitoba** dans les 6 derniers mois précédant le départ, indiquez :

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_

No de dossier : \_\_\_\_\_

Indiquez le nom des **médicament(s)** que vous preniez dans les 6 mois précédant le départ :

## AUTRES ASSURANCES

**Veillez indiquer ci-dessous toute autre assurance voyage que vous détenez.**

Assurance collective : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assureur

Carte de crédit bancaire : \_\_\_\_\_  
Nom de l'institution financière

Autre assurance voyage : \_\_\_\_\_

N° de la police : \_\_\_\_\_ N° d'identification : \_\_\_\_\_

N° de la carte : \_\_\_\_\_

**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](https://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  
CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

**Identification du titulaire**

Nom complet du titulaire

N° de contrat, certificat ou identification

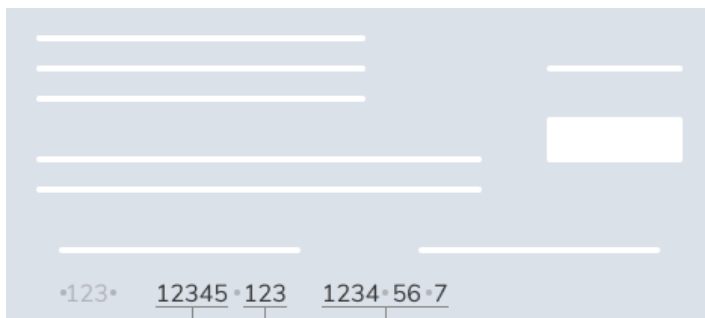
N° De dossier

**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.



N° de transit

N° d'institution

N° de compte

1 - Numéro  
de transit  
(succursale)

2 - Numéro  
d'institution  
financière

3 - Numéro  
de compte

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

Signature du titulaire

Date