

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
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.

INFORMATION SUR LE BÉNÉFICIAIRE (compléter un formulaire par personne)

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE	NOM DE FAMILLE (TEL QU'INSCRIT SUR LA CARTE SANTÉ)	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT)		
	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADRESSE DU DOMICILE AU CANADA				
	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	DOMICILE	TRAVAIL

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/ DU CANADA

DATE DE DÉPART	ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE RETOUR: (RÉELLE OU PRÉVUE)	ANNÉE MOIS JOUR
MOTIF DU SÉJOUR			
<input type="checkbox"/> VACANCES	NOM DE L'EMPLOYEUR: _____		
<input type="checkbox"/> TRAVAIL	JOINDRE UNE ATTESTATION ÉCRITE DE L'ÉTABLISSEMENT, PRÉCISANT LES DATES DE DÉBUT ET DE FIN DE VOS COURS.		
<input type="checkbox"/> ÉTUDES	PRÉCISEZ: _____		
<input type="checkbox"/> AUTRES			

SERVICE DE SANTÉ À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE/ DU CANADA

INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS AVEZ REÇU DES SERVICES DE SANTÉ

DÉCRIVEZ LES SERVICES REÇUS (EX.: TESTS, RADIOGRAPHIES, CHIRURGIE, ETC.) SI NÉCESSAIRE, CONTINUEZ SUR UNE AUTRE FEUILLE

VILLE OU PAYS OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES:

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT:

DATE DE L'ACCIDENT: ANNÉE MOIS JOUR

TYPE D'ACCIDENT: D'AUTOMOBILE DE TRAVAIL AUTRE (PRÉCISEZ): _____

LES FACTURES ONT-ELLES ÉTÉ PAYÉES ?

OUI NON **SI OUI:** ENTIÈREMENT PARTIELLEMENT

MONTANT PAYÉ

DEVISE: DOLLARS CANADIENS AUTRE DEVISE (PRÉCISEZ) _____

VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS TOUTE AUTRE ASSURANCE VOYAGE QUE VOUS DÉTENEZ

ASSURANCE COLLECTIVE OU ACHETÉE AUPRÈS D'UN FOURNISSEUR VOYAGE : _____ **NUMÉRO DE POLICE :** _____

SI LA COUVERTURE EST AVEC UNE CARTE DE CREDIT, INDIQUER LE NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT : _____

INFORMATION MÉDICALE AVANT DÉPART

DOCTEUR OU SPÉCIALISTE (SI APPLICABLE) AU CANADA AVANT VOTRE DÉPART :

NOM _____ ADRESSE _____

CONDITIONS MÉDICALES CONNUES: _____ DATE DE LA DERNIÈRE VISITE : ANNÉE MOIS JOUR

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ AU CANADA DANS LES 6 DERNIERS MOIS PRÉCÉDANT LE DÉPART? OUI NON

NATURE DE LA MALADIE _____

NOM DE L'HÔPITAL _____ VILLE _____

DATE D'ADMISSION ANNÉE MOIS JOUR NO DE DOSSIER: _____

INDIQUEZ LE NOM DES MÉDICAMENT(S) QUE VOUS PRENIEZ DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT LE DÉPART:

CONSENTEMENT ET AUTORISATION

- J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES CANASSISTANCE INC. AINSI QUE SES SIGNATAIRES AUTORISÉS À RECEVOIR, ENDOSSER ET NÉGOCIER EN MON NOM TOUT CHÈQUE OU TOUT AUTRE TYPE DE PAIEMENT PROVENANT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE POUR LE REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS EN LIEN AVEC TOUTE HOSPITALISATION ET TOUT SERVICE MÉDICAL REÇU DURANT UN VOYAGE À L'EXTÉRIEUR DE MON LIEU DE RÉSIDENCE PENDANT LA PÉRIODE DE COUVERTURE DE MON ASSURANCE VOYAGE ET CONFORMÉMENT À CELLE-CI, INCLUANT TOUTE PROLONGATION AUTORISÉE DE LADITE COUVERTURE.
- J'AUTORISE LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE À VERSER TOUT MONTANT RELATIF À MA RÉCLAMATION POUR DES SERVICES DE SANTÉ REÇUS DURANT UN TEL VOYAGE DIRECTEMENT À CANASSISTANCE INC. JE LIBÈRE LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE, SUITE AU VERSEMENT DU RÈGLEMENT À CANASSISTANCE INC., DE TOUTE AUTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET CAUSE D'ACTION RELIÉE À CELLE-CI.
- JE CONSENS À CE QUE CANASSISTANCE INC. ET LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE COLLECTE DIRECTEMENT ET INDIRECTEMENT TOUTE INFORMATION CONTENUE DANS MA RÉCLAMATION, INCLUANT LES DOCUMENTS SOURCE, EN ACCORD AVEC LES LOIS PROVINCIALES APPLICABLES.
- JE CONSENS À CE QUE LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE DIVULGUE À CANASSISTANCE INC. TOUTE INFORMATION PERSONNELLE ME CONCERNANT ET PERTINENTE À L'ÉTUDE DE LA RÉCLAMATION RELATIVE AUXDITS SERVICES DE SANTÉ, INCLUANT LES DÉTAILS DE TOUT MONTANT M'AYANT DÉJÀ ÉTÉ PAYÉ.
- JE CÈDE À 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 CANASSISTANCE INC. LES PRESTATIONS PAYABLES PAR SUITE DE LA PRÉSENTATION PAR CANASSISTANCE INC. D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À L'ÉGARD DE CES SINISTRES.
- J'AUTORISE 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.
- JE CERTIFIE QUE LES PRÉSENTES INFORMATIONS SONT COMPLÈTES ET VÉRIFIQUES AU MEILLEUR DE MES CONNAISSANCES ET J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES TOUT MÉDECIN AGRÉÉ, PRATICIEN, HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT MÉDICAL, COMPAGNIE D'ASSURANCE, LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MALADIE, 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 CANASSISTANCE INC.

UNE PHOTOCOPIE OU UNE TÉLÉCOPIE DE CETTE AUTORISATION EST CONSIDÉRÉE AUSSI VALIDE QUE L'ORIGINAL

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE OU D'UN PARENT, TUTEUR, ETC. NOM COMPLET DATE (aa-mm-jj)

TITULAIRE PRINCIPAL (SI DIFFÉRENT DU BÉNÉFICIAIRE)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	AGE
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE	TÉLÉPHONE:	DOMICILE TRAVAIL

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
CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

Identification du titulaire

Nom complet du titulaire

N° de contrat, certificat ou identification

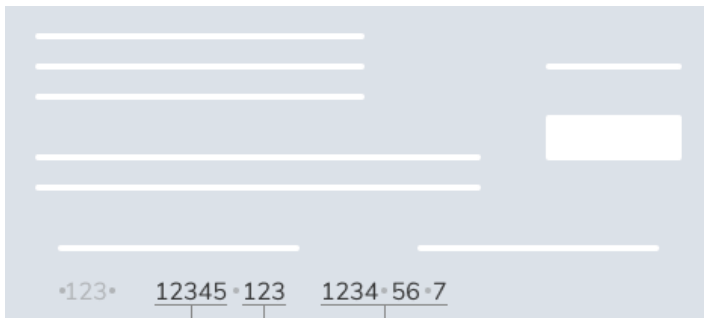
N° De dossier

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 _____

OUT-OF-PROVINCE CLAIM

SECTION A PATIENT INFORMATION (To Be Completed By Patient or Parent/Guardian) – PLEASE PRINT CLEARLY					
Patient Surname		All Given Names		MCP Number	
Surname at Birth (if different from above)		Date of Birth YYYY MM DD	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Daytime Telephone Number	Email Address
PERMANENT Mailing Address: Street / P.O. Box			City / Town	Province	Postal Code
TEMPORARY Mailing Address: Street / P.O. Box			City / Town	Province / State	Postal / Zip Code
Date of Departure From Home YYYY MM DD	Place Where Treated (Province/Territory)		Date of Arrival YYYY MM DD	Is this a Permanent Move? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date of Return Home YYYY MM DD
Reason for Absence From Home: <input type="checkbox"/> Vacation <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Study – Name of Institution _____ <input type="checkbox"/> Other – Specify _____					
DECLARATION I hereby declare, conscientiously believing it to be true and knowing it to have the same effect as if it were made under oath and by virtue of the Canada Evidence Act, that the information given above is correct and that I am a beneficiary of the Newfoundland & Labrador Medical Care Plan.					
Signature of Patient (or parent/guardian, if applicable): _____ Date: _____					
Parent/guardian signature required if patient is less than 16 years of age. If signed by other than patient, please state relationship to patient. _____					
SECTION B PAYMENT INFORMATION					
Payment should be made to: <input type="checkbox"/> Treating physician <input type="checkbox"/> Patient / contract holder <input type="checkbox"/> Third party – Specify _____					
Address of Third Party (if applicable): Street / P.O. Box			City / Town	Province / State	Postal / Zip Code
SECTION C PHYSICIAN / TREATMENT INFORMATION (To Be Completed By Physician) - PLEASE PRINT CLEARLY					
Physician Surname		All Given Names		Specialty <input type="checkbox"/> Certified <input type="checkbox"/> Non-Certified	
Street / P.O. Box		City / Town	Province / State	Postal / Zip Code	
Name of Referring Physician		Services Provided In: <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital In-Patient <input type="checkbox"/> Hospital Out-Patient			
If <input type="checkbox"/> Anesthetist <input type="checkbox"/> Surgical Assist <input type="checkbox"/> Psychiatrist Provide duration of service: Hours _____ Minutes _____					
IF HOSPITAL SERVICES: Name of Hospital			Admission Date YYYY MM DD	Discharge Date YYYY MM DD	
Street / P.O. Box		City / Town	Province / State	Postal / Zip Code	
Procedure / Treatment		Fee Code	Fee	Date of Service YYYY MM DD	Duration
				YYYY MM DD	
				YYYY MM DD	
				YYYY MM DD	
				YYYY MM DD	
Diagnosis and Other Remarks					
Claim Involves: <input type="checkbox"/> Workers' Compensation <input type="checkbox"/> Pensionable Disability <input type="checkbox"/> Automobile Accident <input type="checkbox"/> Other Third Party		Physician's Signature		Date	Language of Correspondence <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French

PLEASE PROVIDE ORIGINAL DOCUMENTATION

PRIVACY NOTICE

Personal health information collected, used, disclosed, and safeguarded is in accordance with the *Personal Health Information Act* (PHIA). If you have any questions about the collection or use of this information please contact our office. The Department of Health and Community Services privacy statement can be found at www.health.gov.nl.ca/health/PHIA.

Medical Care Plan

P.O. Box 5000, Grand Falls-Windsor, NL, Canada, A2A 2Y4

Telephone: (709)292-4000 Toll Free: 1-800-563-1557 Facsimile: (709)292-4053 <http://www.gov.nl.ca/mcp>