

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 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.

INFORMATION SUR LE BÉNÉFICIAIRE (compléter un formulaire par personne)

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE 	NOM DE FAMILLE (TEL QU'INSCRIT SUR LA CARTE SANTÉ) _____ PRÉNOM _____	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT) _____ 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 <input type="checkbox"/> TRAVAIL NOM DE L'EMPLOYEUR: _____ <input type="checkbox"/> ÉTUDES JOINDRE UNE ATTESTATION ÉCRITE DE L'ÉTABLISSEMENT, PRÉCISANT LES DATES DE DÉBUT ET DE FIN DE VOS COURS. <input type="checkbox"/> AUTRES PRÉCISEZ: _____	

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 ? MONTANT PAYÉ DEVISE:
 OUI NON **SI OUI:** ENTIÈREMENT PARTIELLEMENT _____
 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 _____

01CAB0121F (2023-03)

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

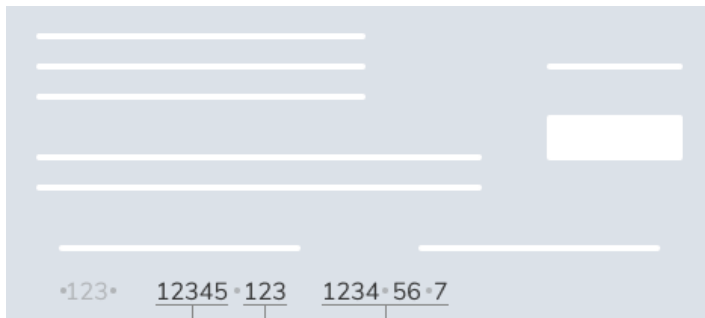
N° De dossier

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

Alberta Health
 Out-of-Country Claims Unit
 10025 Jasper Avenue NW
 PO Box 1360 Station Main
 Edmonton AB T5J 2N3

Key Information for Requesting Reimbursement for an Insurance Claim

- Personal information and health information that Alberta Health collects and discloses is used for the purposes of payment of benefits to Secondary Insurers, Brokers or Third Party.
- The enclosed Insurance Claim Consent and Authorization form will provide the authority for Alberta Health to assign payments to the secondary insurers, brokers or third party. This means the payment for hospital and physician services the patient receives will be made directly to the secondary insurers, brokers, or third party.
- **Authorization for the release** of health information and personal information is **only** valid for services provided during the period between the From and To dates on page two.
- The **effective date** section of this consent is time sensitive to allow for medical service claim(s) processing, and is revocable at any time by the Alberta resident with written notice to the Out-of-Country Claims Unit of Alberta Health.

Form Completion Instructions

All sections of the form on the next page must be completed in full and proof of payment provided. Omissions will result in an insurance claim not being processed.

Patient Information

- **Name of Patient** - print the full legal name of the patient who is receiving health services outside of Canada.
- **Alberta Personal Health Number (PHN)** - this is a unique 9-digit number assigned to all Albertans registered with the Alberta Health Care Insurance Plan that appears on the Alberta Health Care card.

Authorization for Release of Health Information

- **Information can be released to** - Write the name of insurance company, the name of a broker submitting on behalf of the insurance company, or third party who is not an insurer that is authorized to receive the patient's personal or health information.

Authorization of Payment

- This allows insurance company, broker or third party who is not an insurer to receive payment from Alberta Health for the health services received by the patient outside of Canada.
- **Name of payee** - write the name of the Payee which is the insurance company, broker submitting on behalf of the insurance company, or third party who is paying for the claims. This authorizes Alberta Health to pay the insurance company, broker or third party directly.

Effective Date

- The consent is only for the date range provided. **Note:** The patient can change the consent dates at any time by providing written notice to Alberta Health.
- **Departure Date** - The date the patient will leave Alberta to receive the approved health services.
- **To Date** - provide a date that is 18 months past the expected end of treatment date. The healthcare provider has up to 365 days from the date of medical service to submit a claim.

Signature

- By signing, you are declaring that the information provided on the form is true and correct to the best of your knowledge; that you authorize the sharing of the provided personal or health information for the purposes of Alberta Health reimbursing an insurance company, broker or third party for the cost of health services received by the patient while outside of Canada.
- The form **must** be signed by the Alberta resident or a duly legally authorized representative. If the form is signed by a legal representative that person must provide documentation at the time the form is submitted that identifies the specific legal relationship with the Alberta resident that allows that person to sign this form on behalf of the Alberta resident. Any documents submitted to show the legal representative's authority must be notarized copies. Notwithstanding any documentation submitted by a legal representative Alberta Health may request further confirmation as to the legal representative's authority to sign this form on behalf of the Alberta resident.

Submission

- Return a completed consent to your secondary insurance provider.
- This form must accompany the insurance claim.

The information on this form is being collected and used by Alberta Health pursuant to sections 20(a) and (b) of the *Health Information Act* and section 33(c) of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* for the purpose of assigning the payment of insured medical under the Alberta Health Care Insurance Plan and insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan to the insurer of third party named in this form. If you have questions about the collection and use of this information, please contact an Alberta Health representative toll free within Alberta at 310-000 then 780-427-1432.

Note: Failure to complete all sections of this form will result in Alberta Health not releasing health information or reimbursing an insurance claim. Proof of payment must be submitted with the insurance claim.

Patient Information

_____ Alberta Personal Health Number (PHN) _____
 Name of Patient - please print PHN of Patient

Authorization for Release of Health Information

My health information can be released to: _____
 CanAssistance Inc.

Name of insurance company, and where applicable, the name of a broker submitting on behalf of the insurance company, or third party who is not an insurer (e.g. junior hockey clubs, churches).

to permit Alberta Health for reimbursement of health benefits paid on my behalf for the cost of insured health services by the insurer or third party which I received outside of Alberta.

Authorization of Payment

I, _____ hereby assign to _____
 Name of Patient Name of Payee
 CanAssistance Inc.

any amounts payable to me by Alberta Health for out of country health benefits.

Effective Date

This consent is effective From _____ (Departure date)
 Date (yyyy-mm-dd)
 To _____ (at least 18 months from the earliest date of service to ensure sufficient time for processing). Please note: the submitter has up to 365 days from the date of medical service to submit a claim to Alberta Health.
 Date (yyyy-mm-dd)

Declaration

I, the patient, authorize disclosure of the following information for the purposes of Alberta Health to reimbursing health benefits paid on my behalf for the cost of insured health services received outside of Alberta, which may include the following: date(s) of service(s), type(s) of service(s) and reason(s) for service(s), amount(s) paid, name(s) of service provider(s), and where applicable, the facility name, and personal health number.

I also understand I have been asked to authorize disclosure of this information so as to permit Alberta Health to reimburse the identified insurance company, or third party who is not an insurer that has paid a medical service claim on my behalf, and I am aware of the risks and benefits of consenting, or refusing to consent to the disclosure. I further understand that this consent may be revoked by submitting such revocation to the Out-of-Country Claims Unit of Alberta Health.

I, certify that the information provided above on this form is true and correct.

 Please print name of person signing

 Signature of person completing request (if 18 years of age and over)
 - or -
 Signature of authorized representative (if person completing request is under 18 years of age or wholly dependent on the authorized representative by reason of mental or physical infirmity).

Please return this completed form to secondary insurance company.

If this document is being signed by someone other than the resident or the resident's parent, the individual signing must be a legal representative of the resident and must be accompanied by notarized copies of any legal documents that establish to the satisfaction of Alberta Health the individual's legal authorization to sign on behalf of the resident.