

## SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

### VOICI LES ÉTAPES POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Étape 1 . . . Rassembler toutes vos factures originales détaillées.

Étape 2 . . . Remplir et signer la *Demande de règlement*.

Étape 3 . . . Remplir et signer le formulaire d'assurance maladie de votre province de résidence.

Étape 4 . . . Fournir une preuve de la date de départ de votre province de résidence, si vous soumettez une demande de règlement sous un Plan Annuel.

### LISTE DE CONTRÔLE

Avez-vous :

- Rempli et signé la *Demande de règlement*?  
Tout formulaire incomplet sera retourné et retardera le traitement de votre réclamation.
- Joint l'ensemble des factures originales?  
Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Rempli et signé le formulaire d'assurance maladie de votre province?  
Tout formulaire incomplet sera retourné et retardera le traitement de votre réclamation.
- Joint une preuve de votre date de départ de votre province de résidence (si vous soumettez une demande de règlement sous un Plan Annuel)?
- Conservé une copie pour vos dossiers?

### NOTES IMPORTANTES

- Les documents ci-haut mentionnés doivent être reçus dans les 90 jours suivant votre retour de voyage.
- Les factures sous forme de coupon de caisse ne seront pas considérées aux fins de remboursement.
- Les frais additionnels pour toute documentation de support sont sous votre responsabilité.

### ENVOYEZ L'ENSEMBLE DE VOS DOCUMENTS À :

La Survivance-Voyage  
Att : Département des réclamations  
247, boul. Thibeau  
Trois-Rivières (Québec) G8T 6X9

#### Pour un suivi de votre réclamation

Sans frais : 1-800-268-9633  
Courriel : [suivreclamation@tourmed.ca](mailto:suivreclamation@tourmed.ca)

## Assurance voyage collective

Ce formulaire est nécessaire, que vous ayez payé des frais vous-même ou non.

Ce formulaire de réclamation doit être rempli, signé et retourné à nos bureaux le plus tôt possible, mais pas plus de 90 jours suivant votre retour dans votre province de résidence.

Si vous éprouvez des difficultés à remplir ce formulaire, notre Service des réclamations est disponible pour répondre à toutes vos questions du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00. Composez sans frais le 1 800 268-9633 ou à frais virés le 819 377-1777.

## VEUILLEZ INCLURE LES DOCUMENTS PERTINENTS SUIVANTS

- Les factures originales détaillées et/ou les reçus originaux détaillés. Notez que les photocopies ou coupons de caisse ne sont pas acceptés.
- **Une preuve\*** de la **Date de départ** de votre province de résidence est requise.

\*(carte d'embarquement, billet d'avion, reçu de carte de crédit ou confirmation obtenue aux douanes/immigration).

## DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom et adresse de l'assuré(e) où le remboursement doit être expédié.

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ # de contrat \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ # app. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

No d'assurance maladie \_\_\_\_\_ jj \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa

Courriel : \_\_\_\_\_ Je souhaite être remboursé en : CAN  USD

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Possédez-vous une autre assurance voyage (privée, groupe, Medicare, carte de crédit)? OUI  NON

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## PERSONNES À CHARGE - à compléter si la demande est pour une Personne à charge

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lien avec le Participant : \_\_\_\_\_

jj \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa

Signature de la Personne à charge (si majeure)

Si la demande concerne un enfant à charge :

L'enfant à charge est-il marié ? OUI  NON  Habite-t-il de façon habituelle avec le Participant ? OUI  NON

Fréquente-t-il le cégep ou l'université ? OUI  NON

Si oui, nom et adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

**DÉPENSES ENGAGÉES**

Inscrire les détails et les montants de vos dépenses. (S'il vous faut plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée.)

Nom du fournisseur des services médicaux (ou tout autre type de frais engagés)	Date du service reçu jj/mm/aa	Montant de la facture	Montant payé par vous	Devise
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

**RÉCLAMATION POUR FRAIS MÉDICAUX (RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS)**

- a) S.v.p., cocher les cases pertinentes : Maladie  Accident  Autre  Spécifiez : \_\_\_\_\_
- b) Soins reçus : En cabinet/clinique  En salle d'urgence d'un hôpital  Lors d'une hospitalisation
- c) Les frais ont-ils été engagés lors d'un déplacement professionnel ? OUI  NON
- d) S.v.p., veuillez fournir les dates et un résumé des détails reliés à cette réclamation.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- e) Dans le passé, avez-vous été soigné(e) pour ces symptômes ou maladies : OUI  NON   
Si OUI, s.v.p., veuillez fournir les dates et endroits de consultation.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- f) Veuillez fournir le nom et les coordonnées de votre médecin de famille au Canada.

Je n'ai pas de médecin de famille

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

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

**AUTORISATION ET ATTESTATION**

Par les présentes, je cède à La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance (l'Assureur) toute indemnité pouvant provenir d'autres sources pour les frais couverts par la présente police d'assurance. Je demande également à ces sources de faire parvenir à l'Assureur tout versement à l'égard de ma demande de règlement relativement à ces sinistres et les autorise à échanger des renseignements pour faciliter le processus.

J'autorise tout médecin, hôpital, autre professionnel de la santé, autre établissement de soins, sociétés d'assurance et toute autre personne qui m'a soigné ou examiné ainsi que toute autre source impliquée dans cette réclamation à communiquer à l'Assureur des renseignements médicaux me concernant ou tout autre renseignement nécessaire dans l'administration de cette réclamation. Je consens également à ce que l'Assureur communique ces renseignements à d'autres sources en vue de procéder à la coordination des prestations, le cas échéant.

Je certifie que je ne bénéficie d'aucune autre assurance que celles mentionnées dans ce formulaire de demande de règlement.

Je comprends que le fait de faire des déclarations erronées ou trompeuses relativement à une demande de règlement entraînera l'annulation de la police d'assurance.

J'atteste que les renseignements fournis à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vrais, complets et exacts.

Une photocopie, un fac-similé ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

**Signature du conjoint réclamant (si applicable) :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du Participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Avant de remplir ce formulaire, consultez-en le verso, ainsi que l'onglet **Séjours hors Québec** de la section Citoyens au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

**COCHER LA CASE APPROPRIÉE** Services de santé reçus :  au Canada  à l'extérieur du Canada

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		NOM DE FAMILLE		NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT DE CELUI DÉJÀ INSCRIT)	
PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
LETTRES		ANNÉE		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CHIFFRES		MOIS		JOUR	
ADRESSE DU DOMICILE (voir verso)		APP.		VILLE	
N°		RUE		IND. RÉG.	
PROVINCE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.	
				TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG.	

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

<b>Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé</b>			<b>Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre), précisez :</b>		
Date de départ du Québec		Date de retour au Québec			
Année Mois Jour		Année Mois Jour			
<input type="checkbox"/> RÉELLE <input type="checkbox"/> PRÉVUE					
<b>RAISON DU SÉJOUR (COCHER UNE SEULE CASE)</b>			<b>1<sup>er</sup> SÉJOUR</b>		
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier			Date de départ		
<input type="checkbox"/> Travail Nom de l'employeur			Date de retour		
<input type="checkbox"/> Études Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.			Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie			Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Déménagement permanent hors du Québec Date du déménagement			Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Autre Précisez			<b>2<sup>e</sup> SÉJOUR</b>		
			Date de départ		
			Date de retour		
			Année Mois Jour		
			<b>3<sup>e</sup> SÉJOUR</b>		
			Date de départ		
			Date de retour		
			Année Mois Jour		

SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé.

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUEZ-EN LE TYPE Date de l'accident

D'automobile  De travail  Autre (précisez) Année Mois Jour

Décrivez les services reçus (ex.: examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation :

VILLE PROVINCE (Canada) ou ÉTAT (États-Unis) PAYS

REMBOURSEMENT

Montant demandé Dollars canadiens Autre devise PRÉCISEZ: Avez-vous payé les comptes? MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçus)

Non  Oui Paiement Total Paiement Partiel

ASSURANCE VOYAGE

Étiez-vous couvert par une assurance voyage lorsque vous avez reçu les services? NUMÉRO DE LA POLICE

Non  Oui NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES

SIGNATURE ET AUTORISATION

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à fournir à ma compagnie d'assurance voyage et à recevoir de celle-ci tous les renseignements, les pièces ou autres documents requis pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et, le cas échéant, que mon conjoint, ma conjointe ou mes enfants ont reçus (assurance familiale).

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la Régie à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.

En outre, s'il s'agit d'une demande d'indemnité à la suite d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail, j'autorise la RAMQ à communiquer à la SAAQ ou à la CNESST une copie des documents que nous nous serons transmis.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE S'IL N'EST PAS LE DEMANDEUR LIEN AVEC LE DEMANDEUR (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.) SIGNATURE ANNÉE MOIS JOUR

X

## ENVOYER À :



### LA SURVIVANCE-VOYAGE

247, boul. Thibeau  
Trois-Rivières (Québec)  
G8T 6X9

## MANDAT

Je, soussigné, \_\_\_\_\_  
(LETTRES MOULÉES)

Mandate spécifiquement LA SURVIVANCE-VOYAGE aux fins de :

1. Soumettre à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (La Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus ou que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale)

à \_\_\_\_\_  
ENDROIT

lors de mon séjour

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
DATE (AAAA/MM/JJ) DATE (AAAA/MM/JJ)

2. Fournir à la Régie, et recevoir de celle-ci, tous les renseignements ou autres documents requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.
3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les réclamations soumises et à donner suite à ce mandat, tel que rédigé, ainsi qu'à LA SURVIVANCE-VOYAGE, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de bénéficiaire ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE