

## 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)

**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, au plus tard, 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 ou les reçus originaux détaillés
  - ✓ Notez que les photocopies ou coupons de caisse ne sont pas acceptés
  - ✓ **La franchise de 5 \$ US par ordonnance N'EST PAS REMBOURSABLE**
- **Une preuve\*** de la **Date de départ** de votre province de résidence est requise pour toute réclamation sous le **PLAN ANNUEL**  
\*(carte d'embarquement, billet d'avion, reçu de carte de crédit ou confirmation obtenue aux douanes/immigration).

#### DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E)

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

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ # de police \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ # app. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jj mm aa  
No d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Je souhaite être remboursé en : CAN  USD

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

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

#### 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
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

## 1. 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) S.v.p., veuillez fournir les dates et un résumé des détails reliés à cette réclamation.

---

---

---

---

- d) 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.

---

---

## 2. RÉCLAMATION POUR ALLER-RETOUR D'URGENCE (Section à remplir uniquement si applicable.)

Dans tous les cas, veuillez soumettre les reçus originaux pour le transport aérien incluant une photocopie des cartes d'embarquement.

- Réclamation pour :  **Décès** (veuillez soumettre un certificat de décès ou rapport médical indiquant la cause du décès, résidents du Québec : le formulaire SP3 est requis)
- Hospitalisation** (veuillez soumettre un certificat médical indiquant la raison de l'admission ainsi que les dates d'admission et de congé)
- Sinistre** à votre domicile ou place d'affaires (veuillez soumettre les documents justificatifs tels que rapport de police, confirmation de votre assureur privé)

Montant réclamé pour le transport aérien : \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_

Nom du membre de votre famille immédiate

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Lien de parenté

\_\_\_\_\_

Adresse de cette personne

\_\_\_\_\_

Date d'admission à l'hôpital

\_\_\_\_\_

Date du congé

\_\_\_\_\_

Raison de l'admission

\_\_\_\_\_

Date du décès

\_\_\_\_\_

Cause du décès

\_\_\_\_\_

Endroit où le décès a eu lieu

**Dans les 6 mois précédant la date de votre départ initial**, est-ce que cette personne :

A été hospitalisée?  OUI  NON Si OUI, dates et nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Souffrait d'une maladie en phase terminale?  OUI  NON

Résidait dans un centre de soins longue durée/CHSLD?  OUI  NON

Si OUI, indiquez le nom et l'adresse de ce centre/CHSLD : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION ET ATTESTATION

Par les présentes, je cède à Tour+Med/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 de l'assuré :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

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:  
 \_\_\_\_\_  
 LS TRAVEL INSURANCE COMPANY

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

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.