

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.
- Veuillez fournir des documents lisibles. Les photos ne sont pas acceptées.

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 : suivireclamation@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 (ci-après « l'assureur ») toute indemnité pouvant provenir d'autres sources, dont notamment, mais non exclusivement, des compagnies d'assurances, lignes aériennes, agences de voyages et toutes autres sources, pour les sinistres couverts par le présent contrat. Je demande également à ces sources de faire parvenir directement à l'*assureur* tout versement à l'égard de toute demande de règlement relative à ces sinistres. Par la même occasion, j'autorise ces sources et l'*assureur* à communiquer entre eux tout renseignement pertinent pour les fins de ce processus.

J'autorise l'*assureur* à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser, tout renseignement médical ou autres renseignements à mon sujet, détenus notamment mais non exclusivement, par tout médecin, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, ou tout autre organisme, institution, compagnie ou personne (ci-après « Tiers ») ayant des renseignements ou des documents pertinents pour les fins de l'étude de toute réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance. Je comprends que ces renseignements pourront être communiqués à ces Tiers situés dans ma province de résidence ou à l'extérieur de celle-ci.

Je comprends qu'à défaut d'autoriser La Survivance-Voyage, compagnie d'assurance, à recueillir et à utiliser ces renseignements, cela pourrait engendrer une limitation/réduction des bénéfices ou le refus de la réclamation, tel que stipulé dans les termes et conditions de la police d'assurance. Une copie ou télécopie de cette autorisation est considérée comme valide autant que l'originale.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la "Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé", dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels.

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 et complets.

Une photocopie, télécopie ou copie électronique de la présente autorisation est considérée comme valide autant que l'original.

Signature du conjoint réclamant (si applicable) : _____ **Date :** _____

Signature du Participant : _____ **Date :** _____

Demande d'indemnisation pour services à l'extérieur du Manitoba

Joindre à la demande de règlement pour services hors-province

Direction des services assurés
300, rue Carlton
Winnipeg, MB R3B 3M9
Téléphone : (204) 786-7303
Télécopieur : (204) 772-2248



Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba : _____

Numéro d'identification médical personnel (NIMP) de Santé Manitoba : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Domicile

Bureau

Date(s) du traitement : _____

(jour / mois / année)

Où le traitement a-t-il été reçu?

- Cabinet du médecin (Veuillez remplir le formulaire **Demande d'indemnisation pour services professionnels à l'extérieur du Manitoba**)
- Hôpital (Veuillez remplir le formulaire **Demande d'indemnisation pour services hospitaliers à l'extérieur du Manitoba**)
- Domicile (maison, appartement, hôtel)
- Autre – préciser : _____

Raisons du séjour à l'extérieur du Manitoba :

Date de départ : _____

Date prévue du retour : _____

- Vacances
- Travail
- Études – (lettre d'acceptation/confirmation de votre status à temps plein requise)
- Autre – préciser : _____

Signature

Date

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant les remboursements de frais médicaux hors province, vous pouvez visiter le site Web de Santé Manitoba qui y est consacré au www.gov.mb.ca/health/mhsip/leavingmanitoba.fr.html. Vous pouvez aussi communiquer avec un coordonnateur des dossiers de frais médicaux hors province par téléphone en composant le 204 786-7303 ou, sans frais, le 1 800 392-1207 (poste 7303), ou par télécopieur en composant le 204 772-2248.

Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : **Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7237.**

Demande d'indemnisation

pour services professionnels à l'extérieur du Manitoba

*Vous devez fournir les factures originales (avec traduction, le cas échéant)
pour tous les comptes à l'étranger.*

Direction des services assurés
300, rue Carlton
Winnipeg, MB R3B 3M9
Téléphone : (204) 786-7303
Télécopieur : (204) 772-2248



Lieu où les services ont été fournis :

Cabinet de médecin Hôpital Domicile (maison, appartement, hôtel)

Services requis en raison de : Maladie soudaine Accident

Fournir des renseignements détaillés : _____

Nom du médecin : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Date(s) des services : _____

Diagnostic : _____

Opération chirurgicale : Non Oui

Type d'opération chirurgicale : _____

Rayons X : Non Oui

Partie du corps : _____

Tests de laboratoire : Non Oui

Fournir des renseignements détaillés : _____

Devise utilisée pour payer le compte : _____

Montant en monnaie canadienne : _____

Avez-vous payé le compte? Non Oui (Veuillez fournir le(s) reçu(s))

Remarque : Le défaut de fournir tous les renseignements nécessaires pourrait retarder le remboursement.

Signature

Date

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant les remboursements de frais médicaux hors province, vous pouvez visiter le site Web de Santé Manitoba qui y est consacré au www.gov.mb.ca/health/mhsip/leavingmanitoba.fr.html. Vous pouvez aussi communiquer avec un coordonnateur des dossiers de frais médicaux hors province par téléphone en composant le 204 786-7303 ou, sans frais, le 1 800 392-1207 (poste 7303), ou par télécopieur en composant le 204 772-2248.

Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7237.

Demande d'indemnisation

pour services hospitaliers à l'extérieur du Manitoba

*Vous devez fournir les factures originales (avec traduction, le cas échéant)
pour tous les comptes à l'étranger.*

Direction des services assurés

300, rue Carlton

Winnipeg, MB R3B 3M9

Téléphone : (204) 786-7303

Télécopieur : (204) 772-2248



Nom de l'hôpital : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Diagnostic : _____

Hospitalisation requise en raison de : Maladie soudaine Accident

Fournir des renseignements détaillés : _____

Soins ambulatoires : Non Oui

Hospitalisé : Non Oui

Date de l'admission : _____

(jour / mois / année)

Date de congé : _____

(jour / mois / année)

Devise utilisée pour payer le compte : _____

Montant en monnaie canadienne : _____

Avez-vous payé l'hôpital? Non Oui (Veuillez fournir le(s) reçu(s))

Remarque : Le défaut de fournir tous les renseignements nécessaires pourrait retarder le remboursement.

Signature

Date

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant les remboursements de frais médicaux hors province, vous pouvez visiter le site Web de Santé Manitoba qui y est consacré au www.gov.mb.ca/health/mhsip/leavingmanitoba.fr.html. Vous pouvez aussi communiquer avec un coordonnateur des dossiers de frais médicaux hors province par téléphone en composant le 204 786-7303 ou, sans frais, le 1 800 392-1207 (poste 7303), ou par télécopieur en composant le 204 772-2248.

*Les renseignements personnels que l'on pourrait vous demander de fournir sont recueillis en vertu des dispositions prévues aux termes d'une loi ou de politiques relatives aux programmes relevant de la compétence du ministre de la Santé. Cette information est requise aux fins de la prestation d'une assurance-maladie ou de services de santé et est protégée en vertu des dispositions prévues aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur : **Accès à l'information et protection de la vie privée, ministère de la Santé, 300, rue Carlton, 1^{er} étage. Téléphone : (204) 786-7237.***