

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 : 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 (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 :** _____

Application for Reimbursement - Medicare
Demande de remboursement - Assurance-maladie



Medicare New Brunswick /
 Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick
 P.O. Box / C.P. 5100, Fredericton, NB E3B 5G8
 TeleServices toll free / Numéro sans frais de Téléservices : 1-888-762-8600

Patient Name / Nom du patient	N.B. Medicare # / N° d'Assurance-maladie du N.-B.	Telephone N°/ N° de téléphone (H/D) (W/T)	Date of Birth/ Date de naissance D/J M Y/A
Beneficiary (i.e. parent, spouse, guardian)/ Bénéficiaire (p.ex. : parent, conjoint, tuteur)	Date of service/ Date du service D/J M Y/A	Location of service/ Lieu du service <input type="checkbox"/> Inpatient/ Hospitalisation <input type="checkbox"/> Office/Bureau	<input type="checkbox"/> Outpatient Department Services ambulatoires <input type="checkbox"/> Other/Autre _____
Address / Adresse	Name and address of service provider / medical practitioner if applicable/ Nom et adresse du dispensateur de service / médecin s'il y a lieu		
	Diagnosis (Reason for visit) Le diagnostic (raison de la visite)		

Please note: Original signed invoices or receipts (no faxes, photocopies or carbon copies) must be submitted.

Veillez noter : Vous devez soumettre les factures ou reçu originaux signés (les télécopies, photocopies ou les copies carbonées ne sont pas acceptables).

In the case of a claim for reimbursement for services rendered inside the province, no payment shall be made for entitled services unless the account or claim for reimbursement is received by Medicare within six (6) months after the date upon which the entitled services were rendered.

Dans le cas d'une demande de remboursement pour des services rendus dans la province, nul paiement ne peut être effectué pour des services assurés à moins que la facture ou la demande de remboursement n'ait été reçu par l'assurance-maladie dans les six (6) mois qui suivent la date de prestation des services.

In the case of entitled services rendered outside the province, no payment shall be made for entitled services unless the account or claim for reimbursement is received by Medicare within twelve (12) months after the date upon which the entitled services were rendered.

Dans le cas de services assurés rendus à l'extérieur de la province, nul paiement ne peut être effectué pour des services assurés à moins que la facture ou la demande de remboursement n'ait été reçue par l'assurance-maladie dans les douze (12) mois qui suivent la date de prestation des services.

I hereby apply for payment in respect of the cost of medical and/or hospital services on behalf of myself or the above named patient and certify that the information which I have given is true and correct.

Je demande par les présentes le paiement des services médicaux et/ou hospitaliers reçus par moi-même ou par le patient précité. Je certifie que les renseignements que j'ai donnés sont véridiques et exacts.

Signature _____ Date _____

The Department of Health is committed to safeguarding your privacy. For more information on our privacy practices and about your rights regarding this issue, go to www.gnb.ca (key word – Privacy Notice).

Le ministère de la Santé est résolu à protéger votre vie privée. Pour plus de renseignements en ce qui a trait à nos pratiques en matière de protection de renseignements personnels, ainsi que de vos droits à ce sujet, consultez le www.gnb.ca (mot clé - Avis sur la protection de la vie privée).

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 l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick, conformément aux lois et aux règlements appliqués par l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick, 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 l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick, 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 l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'AUTORISE l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick 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