

## 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](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 (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 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)					
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
				ANNÉE		MOIS		JOUR	
								M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
ADRESSE DU DOMICILE (voir verso)									
N°		RUE		APP.		VILLE			
PROVINCE		CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG.		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL 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			1 <sup>er</sup> SÉJOUR													
Année Mois Jour			<input type="checkbox"/> RÉELLE <input type="checkbox"/> PRÉVUE			Année Mois Jour			Année Mois Jour										
RAISON DU SÉJOUR (COCHER UNE SEULE CASE)					Date de départ					Date de retour									
<input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier					Année Mois Jour					Année Mois Jour									
<input type="checkbox"/> Travail Nom de l'employeur					2 <sup>e</sup> SÉJOUR					Date de départ					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					Année Mois Jour									
<input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie					3 <sup>e</sup> SÉJOUR					Date de départ					Date de retour				
<input type="checkbox"/> Déménagement permanent hors du Québec Date du déménagement					Année Mois Jour					Année Mois Jour					Année Mois Jour				
<input type="checkbox"/> Autre Précisez																			

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?

Non  Oui

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES NUMÉRO DE LA POLICE

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