

Aide-mémoire

Frais médicaux pour les Canadiens à l'extérieur du pays ou de la province

Allianz 

Global Assistance

Pour commencer votre demande, suivez les étapes décrites dans l'aide-mémoire ci-dessous.

Pour remplir ce formulaire en format numérique, sauvegardez-le en prenant soin de le nommer avec votre numéro de dossier, si vous le connaissez, et votre nom (p. ex. 1234567- Prénom Nom.pdf).

Remplissez la trousse de demande de règlement en entier. Confirmez que vous nous envoyez tous les renseignements nécessaires.

Rassemblez et numérissez :

1. Les dossiers médicaux, les documents et les factures de l'installation de soins de santé.
2. Les reçus pour les frais courants, y compris une preuve de paiement (c.-à-d. le relevé de carte de crédit indiquant seulement les 4 derniers chiffres et/ou les reçus correspondant à vos factures et dépenses).
3. Les ordonnances (reçus officiels, y compris le nom des médicaments, la posologie et le coût, et non le reçu d'achat du magasin).

Si vous nous avez déjà appelé pour ouvrir un dossier de demande de règlement, ajoutez votre numéro de dossier sur ce formulaire et sur tous vos documents, vos reçus, vos factures, etc.

Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez la section de renseignements supplémentaires à la fin de ce formulaire.

Veillez nous envoyer ce formulaire de demande de règlement et vos documents justificatifs à l'adresse submit@allianz-assistance.ca en prenant soin d'inscrire votre numéro de dossier dans la ligne objet de votre courriel si vous le connaissez.

Conservez tous vos documents originaux! Cela comprend tous les reçus, les dossiers, les factures, les itinéraires, les documents justificatifs et votre formulaire de demande pour une période d'un an à partir de la date de la présente soumission. Nous pourrions avoir besoin que vous nous les fassiez parvenir par la poste pour vérification.

Si vous préférez, vous pouvez nous envoyer vos documents par la poste :

Allianz Global Assistance
C.P. 277

Waterloo (Ontario) Canada N2J 4A4

Voici ce à quoi vous pouvez vous attendre

- Nous communiquerons avec vous s'il nous manque des renseignements.
- Chaque demande de règlement est unique, et certaines peuvent nécessiter des dossiers provenant des installations de soins de santé où vous avez été traité ainsi que des notes cliniques de votre médecin de famille et/ou de votre spécialiste à domicile. L'obtention de ces documents peut prendre du temps.
- Votre médecin pourrait charger des frais pour vous aider à remplir ce formulaire de demande de règlement et ces frais seront votre responsabilité.
- Une fois que nous aurons examiné votre demande de règlement, vous recevrez votre explication des prestations par la poste.

Merci et à bientôt,

L'équipe du Service des demandes de règlement, Allianz Global Assistance

Formulaire de demande de règlement

Frais médicaux pour les Canadiens à l'extérieur du pays ou de la province

Allianz 

Global Assistance

Numéro de dossier/demande de règlement _____

Numéro de certificat/police _____

Renseignements à votre sujet (toutes les questions du formulaire se rapportent au patient, sauf indication contraire)

Prénom _____ Nom _____

Courriel _____ Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Numéro de téléphone _____ Autre numéro de téléphone _____

Avez-vous une assurance maladie provinciale en vigueur?* Oui Non **Si oui**, veuillez préciser :

Numéro d'assurance maladie _____ Code de version (pour certains résidents ontariens) _____

Adresse au domicile

Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Adresse postale (si différente de l'adresse au domicile)

Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Titulaire de la police (si différent de la personne mentionnée ci-dessus)

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance (AA/MM/JJ) _____

Renseignements à propos de vos antécédents médicaux

Nous devons vous poser quelques questions médicales pour obtenir les renseignements nécessaires à l'examen rapide de votre demande.

Qui est votre médecin de famille? Je n'ai pas de médecin de famille

Prénom et nom _____ Date de la dernière visite (AA/MM/JJ) _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse _____

Si vous avez consulté un médecin spécialiste avant de partir en voyage, ajoutez ses coordonnées ci-dessous.

*(Pour ajouter des médecins spécialistes, utilisez la section **Renseignements supplémentaires** à la fin du présent formulaire.)*

Prénom et nom _____

Spécialité médicale _____

Adresse _____

Téléphone _____ Courriel _____

Date de la première visite ((AA/MM/JJ) _____ Raison de la visite _____

Date de la dernière visite (AA/MM/JJ) _____ Raison de la visite _____

Numéro de dossier/demande de règlement _____

Numéro de certificat/police _____

Parlez-nous de vos antécédents médicaux datant d'**avant votre départ**.

Affection médicale	Médicaments	Tests médicaux, procédures médicales ou visites de suivi en attente et dates de ceux-ci

Renseignements à propos de votre voyage

Quand avez-vous quitté votre province de résidence? (AA/MM/JJ) _____

Quand aviez-vous prévu revenir à la maison? ((AA/MM/JJ) _____

Quand êtes-vous réellement revenu à la maison? (AA/MM/JJ) _____

Où avez-vous voyagé?

Ville _____ Pays _____

Raison du voyage Vacances Affaires Autre _____

De qui avez-vous reçu des soins médicaux pendant votre voyage?

Quel est le nom du médecin traitant? _____

Où avez-vous été traité? (nom et adresse de la clinique ou de l'hôpital)

Avez-vous vu un médecin spécialiste? Oui Non **Si oui**, veuillez préciser :

Prénom et nom du médecin spécialiste _____

Spécialité médicale _____

Numéro de téléphone _____ Date à laquelle vous avez vu le médecin spécialiste pour la 1^{re} fois (AA/MM/JJ) _____

Courriel _____

Si vous êtes tombé malade, que s'est-il passé?

Quand avez-vous pris connaissance de vos symptômes? (AA/MM/JJ) _____

Quand avez-vous cherché à obtenir un traitement? (AA/MM/JJ) _____

Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'un trouble médical similaire auparavant? Oui Non **Si oui**, quand? (AA/MM/JJ) _____

Comment vous sentiez-vous, quels étaient vos symptômes et quel a été le diagnostic?

Numéro de dossier/demande de règlement _____

Numéro de certificat/police _____

Si vous vous êtes blessé, comment est-ce arrivé?

Quand, où et comment la blessure est-elle survenue?

Quand? (AA/MM/JJ) _____ Où? _____

Comment? _____

Si votre blessure est survenue alors que vous vous trouviez sur une propriété privée :

Nom du propriétaire _____ Numéro de téléphone du propriétaire _____

Courriel du propriétaire _____

Avez-vous déposé un rapport auprès du propriétaire (complexe hôtelier, hôtel, commerce de détail, etc.) ou de la ville responsable? Oui Non

Si oui, quand? (AA/MM/JJ) _____ Veuillez joindre une copie du rapport au présent formulaire.

Si une copie du rapport n'est pas disponible, quel est le numéro de rapport? _____

Si votre demande de règlement concerne un accident de véhicule motorisé, veuillez fournir les renseignements suivants :

Avez-vous déposé un rapport? Oui Non **Si oui**, auprès de qui? Police Agence de location Centre de déclaration des collisions

Véhicule dans lequel je prenais place :

Marque/Modèle	Nom de la compagnie d'assurance automobile	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance automobile	Propriétaire du véhicule	N° de police	N° de demande de règlement (le cas échéant)

Je conduisais J'étais passager J'étais piéton

Autres véhicules impliqués :

Veuillez remplir cette section si vous n'avez PAS de rapport de police ou de rapport du centre de déclaration des collisions à joindre au présent formulaire de demande de règlement.

Marque/Modèle	Nom de la compagnie d'assurance automobile	Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance automobile	Propriétaire du véhicule	N° de police	N° de demande de règlement (le cas échéant)

Avez-vous consulté un conseiller juridique pour votre blessure ou votre accident de la route? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

Nom du conseiller juridique _____ Cabinet d'avocats _____

Courriel _____ Numéro de téléphone _____

Consentement et autorisation

Cochez chacune des rubriques pour confirmer que vous y consentez, puis tapez votre nom dans le champ de signature du patient ci-dessous.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que la présentation de renseignements faux, incomplets ou trompeurs lors de la soumission d'une demande de règlement pourra entraîner l'annulation de la couverture, que le paiement de cette demande de règlement pourra être refusé et que tout paiement effectué par erreur devra être recouvré.

Autorisation concernant l'utilisation des renseignements personnels

Je comprends que l'assureur, l'administrateur et les représentants (« nous ») exigent les renseignements personnels fournis dans le cadre de cette demande de règlement afin d'évaluer l'admissibilité aux prestations et d'administrer cette demande. Nous pouvons divulguer les renseignements recueillis à des tiers au Canada et à l'extérieur du Canada afin d'obtenir de l'assistance pour administrer votre demande. Tous les renseignements personnels seront conservés et stockés au Canada.

J'autorise et consens à la communication, à l'échange ou à la divulgation de mes renseignements personnels ou médicaux¹ avec tout fournisseur de soins de santé, toute installation de soins de santé, toute compagnie d'assurance et tout représentant légal à des fins d'évaluation, d'enquête, d'administration, de traitement ou de subrogation de cette demande de règlement.

Autorisation concernant le régime public d'assurance maladie

J'autorise mon régime public d'assurance maladie à effectuer le versement lié à ma demande de règlement directement à Allianz Global Assistance. Sous réserve du paiement, je dégage mon régime public d'assurance maladie de toute responsabilité concernant toute demande de règlement ou cause d'action en relation avec ma demande de règlement.

J'autorise mon régime public d'assurance maladie à recueillir et à utiliser, directement ou indirectement, mes renseignements personnels concernant le paiement de la présente demande de règlement conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, la *Loi sur l'assurance maladie* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Advenant le rejet par Allianz Global Assistance de ma demande de règlement, je comprends et reconnais qu'il sera de ma responsabilité et de mon obligation de demander un recouvrement auprès de mon régime public d'assurance maladie pour le remboursement des frais médicaux engagés à l'étranger ou à l'extérieur de la province. Je comprends que la demande de remboursement soumise auprès de mon régime public d'assurance maladie est assujettie à une période de prescription et qu'il est de ma responsabilité de soumettre ma demande dans ce délai. Je dégage Allianz Global Assistance de toute obligation financière qui pourrait résulter du refus de ma demande.

Autorisation concernant le paiement

En ce qui concerne les paiements effectués en mon nom, j'autorise toute prestation versée ou payable par toute autre compagnie d'assurance à l'égard de cette demande de règlement, à être versée en totalité ou en partie à Allianz Global Assistance, ou si cela est dicté par Allianz Global Assistance, à la compagnie d'assurance émettant la police pour laquelle un paiement est effectué.

Je reconnais et je suis d'accord pour dire que le fait d'inscrire mon nom dans le champ réservé à la signature ci-dessous constitue ma signature, mon consentement et mon accord à toutes les modalités et conditions prévues aux présentes et que cela a le même effet obligatoire, que le présent formulaire ait été signé manuellement ou numériquement. L'envoi par courriel à Allianz Global Assistance de ce formulaire de demande de règlement en format de document portable (« PDF ») portant une signature électronique aura le même effet que s'il était livré physiquement.

Signature du patient _____ Date (AA/MM/JJ) _____

Nom en caractères d'imprimerie _____

Signature du mandataire légal désigné* _____

Nom du mandataire légal désigné en caractères d'imprimerie _____

* **Pour les personnes mineures** : Si le patient est mineur, son tuteur légal doit signer en son nom.

* **Pour les représentants légaux** : Si un représentant légal signe ce formulaire (détenteur d'une procuration, exécuteur testamentaire/exécuteur, etc.), le régime provincial d'assurance maladie exige une preuve du statut de « représentant légal ».

¹ **IMPORTANT** : Les renseignements personnels excluent les résultats des tests génétiques. Un test génétique se définit comme une analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes, à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

Une photocopie de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'original pour la durée de la présente demande de règlement, sans dépasser une période de deux (2) ans à compter de la date de signature.

Numéro de dossier/demande de règlement

Numéro de certificat/police

Renseignements au sujet des dépenses réclamées

Dépense (par exemple : services médicaux, médicaments, repas, hébergement)	Date du service (AA/MM/JJ)	Montant facturé	Montant déboursé	Devise

Renseignements supplémentaires