

# Assurance Frais Hospitaliers/Médicaux Hors Province/Pays

## Feuillet de renseignements pour les demandes de règlement

*Ce document répond aux questions fréquentes à propos des demandes de règlement d'assurance frais hospitaliers/médicaux hors province/pays*

### DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS MÉDICAUX BLESSURE/MALADIE

- Le formulaire de demande de règlement – assurance frais hospitaliers/médicaux hors province/pays doit être rempli au complet pour que votre demande puisse être traitée. Veuillez vous assurer d'indiquer les dates de **départ** et de **retour**, ainsi que les **diagnostics**.
- Advenant que l'assuré consulte initialement dans un hôpital à l'extérieur du Canada, une copie du rapport de sortie doit être soumise si disponible.
- Veuillez joindre les documents suivants avec la demande de règlement :
  1. **Preuve** de voyage: copie de billets d'avion, reçus d'hôtels, etc. montrant vos dates de départ hors- et de retour dans- votre province de résidence.
  2. Copie de votre **carte d'assurance maladie provinciale**.
  3. **Originaux des reçus et factures détaillées**. Assurez-vous de conserver une copie de tous les documents originaux soumis pour vos dossiers.
  4. Une **copie de votre relevé de carte de crédit** indiquant le taux de change, si les dépenses ont été payées avec votre carte de crédit.

### IMPORTANT

- Le formulaire de demande de règlement - assurance frais hospitaliers/médicaux hors province/pays doit être envoyé à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans un délai de 90 jours suivant la date de la blessure/maladie. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais réclamés.
- Veuillez noter qu'il est de la responsabilité du demandeur d'obtenir et de nous faire parvenir le formulaire de demande de règlement dument complété et accompagné des documents pertinents à la réclamation tel qu'indiqué ici-haut.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, les indemnités sont coordonnées.
- Aux États-Unis, il est fréquent que les fournisseurs facturent leurs services individuellement. Veuillez inclure toutes ces factures à votre envoi pour analyse.

### QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus d'analyse standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai de 2 à 4 semaines. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :
  - (A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur
  - (B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire
  - (C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :  
**INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.**  
**Services des règlements Vie et Santé, Solutions pour les marchés spéciaux**  
**400 – 988, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6**  
**Tél. : 1-800-549-7227**  
**[www.solutionsinsurance.com](http://www.solutionsinsurance.com)**

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la société n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

**INFORMATION SUR LE PATIENT**

Nom complet du membre ou du parent \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_  
Nom du patient/personne à charge \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec le membre \_\_\_\_\_  
Adresse du patient :  
Rue \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse courriel \_\_\_\_\_ Numéro de carte d'assurance maladie du patient et code de vérification \_\_\_\_\_ Date de naissance du patient \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )  
Si le patient est étudiant, nom de l'école : \_\_\_\_\_

**DÉTAILS DU VOYAGE**

Date de départ \_\_\_\_\_ Date prévue de retour \_\_\_\_\_ Date réelle de retour \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A ) ( J J / M M / A A A A ) ( J J / M M / A A A A )  
Motif du voyage :  Affaires  Vacances  Études  Soins médicaux  Autre \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_  
Moyen de transport :  Voiture  Avion  Autre \_\_\_\_\_  
Est-ce que les soins médicaux ont été requis à la suite d'un accident?  Oui  Non Si oui, veuillez décrire : \_\_\_\_\_

Qu'il s'agisse d'un accident ou de maladie, veuillez décrire brièvement ce qui vous a amené à consulter et à recevoir des soins médicaux, incluant le diagnostic.

Nom de l'hôpital/clinique/clinique dentaire \_\_\_\_\_ Date de l'évènement \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )  
Nom du médecin/dentiste consulté \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Avez-vous contacté notre centre d'assistance dans les 24 heures?  Oui  Non  
Si oui, veuillez inscrire votre numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Le patient a-t-il eu cette maladie ou une maladie semblable précédemment?  Oui  Non  
Si oui, indiquez la date du **dernier** traitement : \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )  
Veuillez énumérer la liste de médicaments que vous preniez **avant** votre départ : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un changement de médication **avant** le départ?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails sur une page additionnelle.

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin de famille au Canada : \_\_\_\_\_  
Date de votre **dernière** visite médicale au Canada avant le voyage : \_\_\_\_\_ Pays où la réclamation a eu lieu : \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )  
Avez-vous payé pour les soins reçus?  Oui ( Somme totale  Somme partielle)  Non Si oui, veuillez soumettre les preuves de paiement.  
Montant total réclamé : \_\_\_\_\_ \$ Devise : \_\_\_\_\_

## AUTRE ASSURANCE

Nom de l'employeur

Nom

Adresse : Rue

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Nom de la compagnie qui détient la police d'assurance collective Frais hospitaliers et médicaux Hors Province ou Assurance-santé complémentaire

Numéro de police/Numéro de groupe

Identification/Numéro de certificat

Déterminez-vous d'autres assurances complémentaires médicales de voyage? (Incluant les couvertures offertes par certaines cartes de crédit Or)

Oui  Non

Si oui, veuillez donner le nom de l'autre assureur

Si vous détenez une autre assurance médicale voyage, avez-vous contacté l'autre assureur pour cette urgence médicale?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer la première date à laquelle vous avez contacté l'autre assureur:

( J J / M M / A A A A )

Veuillez indiquer votre numéro de police et le numéro de réclamation avec l'autre assureur:

Police #: \_\_\_\_\_ Réclamation #: \_\_\_\_\_

Si les blessures sont le résultat d'un accident automobile, indiquer le nom de la compagnie d'assurance

Numéro de police

Numéro de demande de règlement

Nom de l'assuré (si différent de vous-même)

Adresse de l'assuré, si différente de la vôtre : Rue

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

## AUTORISATION ET DÉCLARATION

Je CERTIFIE que les renseignements consignés dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets.

En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je DIVULGUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur, autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.

J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Date de signature

( J J / M M / A A A A )

Signature du patient assuré, du parent, ou du tuteur légal

**Veuillez joindre les reçus originaux de tous les frais admissibles pour lesquels vous demandez le remboursement. Si disponible, veuillez fournir des copies de tous les dossiers médicaux qui vous ont été fournis dans le cadre de votre diagnostic/traitement.**