

DEMANDE DE RÈGLEMENT

NOTEZ : Afin d'éviter tout délai lors de votre remboursement, la demande de règlement doit être retournée, dûment COMPLÉTÉE et SIGNÉE.

Veillez faire parvenir toute demande de remboursement accompagnée de ce formulaire à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Au besoin, communiquez avec notre Service aux réclamations, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h au 1-800-268-9633. Un(e) préposé(e) vous aidera à remplir ce formulaire.

IMPORTANT DE LIRE avant de compléter cette demande

La demande de règlement est requise par l'Assureur dans les 90 jours suivant *Votre* retour de voyage dans *Votre* province.

INCLURE :

- Les factures originales et/ou reçus – les photocopies ne seront pas acceptées.
- Les reçus sous forme d'un coupon de caisse ne seront pas considérés aux fins de remboursement ou d'éligibilité (sauf s'ils sont utilisés à des fins de preuve de paiement).
- Une preuve de départ est obligatoire pour toute réclamation sous le plan annuel.
- Une demande de remboursement du régime d'assurance maladie de votre province dûment remplie et signée (si ce formulaire n'était pas inclus avec le présent formulaire, il vous sera envoyé ultérieurement).

Possédez-vous une autre assurance privée (collectif, retraité, Medicare)? OUI NON

Compagnie _____ No. de police _____

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom et adresse de l'assuré(e) où le remboursement doit être expédié.

Prénom _____ Nom _____ # de police _____

No _____ Rue _____ # App. _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

No d'assurance maladie _____ Téléphone : (_____) _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
jj mm aa

RÉCLAMATION (Répondre à toutes les questions)

1. a) SVP cocher les cases pertinentes ci-dessous :

MALADIE ACCIDENT AUTRE
Soins reçus : En cabinet/clinique En salle d'urgence d'un hôpital Lors d'une hospitalisation

b) SVP, veuillez fournir les dates et un bref résumé des détails reliés à cette réclamation

c) Dans le passé, avez-vous été soigné(e) pour ces symptômes ou maladies: OUI NON
Si OUI, SVP veuillez fournir les dates et endroits de consultation.

2. Veuillez indiquer tous les médicaments prescrits ou utilisés pendant les 12 derniers mois.
(À l'exception des ordonnances pour la ménopause, les vitamines et les antibiotiques prescrits temporairement et de ceux faisant partie de la présente réclamation). Si aucun, veuillez cocher

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	Date du service reçu jj/mm/aaaa	Montant de la facture	Montant payé par vous	Devise
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

AUTORISATION

J'autorise l'Assureur à obtenir tout renseignement médical de tout organisme de la santé relié à mon historique médical. Je mandate et autorise spécifiquement L'Assureur et TOUR+MED Assistance Inc. à soumettre au Régime d'assurance maladie de ma province, conformément aux lois et aux règlements appliqués par le Régime provincial, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'aurai reçus. Une copie ou une télécopie de l'autorisation sera considérée comme valide autant que l'original.

Signature _____ Date _____
assuré(e) jj/mm/aaaa