

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ASSISTANCE MÉDICALE D'URGENCE

PGCR As Service des réclamations  
4-160 Pony Dr (2nd floor),  
Newmarket ON L3Y 7B6

Téléphone sans frais : 1 888 694-8888  
Email : [claims@ccmp.ca](mailto:claims@ccmp.ca)

**Veillez remplir, signer et nous faire parvenir ce formulaire dans le plus bref délai. Sans ces informations, nous ne pouvons traiter votre réclamation.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ N° de la Police : \_\_\_\_\_ N° de la réclamation : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_  Homme  Femme Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
N° d'assurance-maladie provinciale du patient (incluant le code de version pour les résidents de l'Ontario.) : \_\_\_\_\_

## DÉTAILS DU VOYAGE

Est-ce que c'était votre premier voyage de l'année à l'extérieur de votre province de résidence?  Oui  Non, ce fut mon \_\_\_\_\_ voyage à l'extérieur de ma province de résidence.  
Date de départ : \_\_\_\_\_ Date de retour planifiée ou anticipée : \_\_\_\_\_ Date réelle du retour : \_\_\_\_\_  
Nature du voyage :  affaires  vacances  études  medical  autre : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_  
Type de voyage :  en voiture  en avion  autre : \_\_\_\_\_ Avez-vous souscrit une assurance supplémentaire?  Non  Oui (préciser) \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR D'AUTRES PROTECTIONS D'ASSURANCE

### Renseignements sur l'employeur

Si vous êtes à la retraite, indiquez le nom de votre dernier employeur qui gère vos bénéfices : \_\_\_\_\_ Nom du conjoint(e) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance du conjoint(e) : \_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ à la retraite?  Nom de l'employeur du conjoint(e) : \_\_\_\_\_ à la retraite?   
Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse de son employeur : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ N° de téléphone de son employeur : \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer toutes les polices d'assurance que vous détenez chez d'autres assureurs** (exemples : assurance collective d'employée/de retraité(e), assurance collective de votre conjoint(e) au travail, cartes de crédit privilégiée, l'assurance souscrite à l'achat d'une maison ou d'une automobile ou tout autre régime d'assurance voyage). Si nécessaire, utilisez une page supplémentaire.

1) Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de téléphone de l'assureur : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_ Cette police comporte-t-elle un maximum viager?  Non  Oui (préciser) \_\_\_\_\_  
N° de la police : \_\_\_\_\_ N° de Certificat : \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la police : \_\_\_\_\_  
2) Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de téléphone de l'assureur : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_ Cette police comporte-t-elle un maximum viager?  Non  Oui (préciser) \_\_\_\_\_  
N° de la police : \_\_\_\_\_ N° de Certificat : \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la police : \_\_\_\_\_  
3) **S'il s'agit d'un Accident de voiture** : Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° de la police : \_\_\_\_\_ N° de Certificat : \_\_\_\_\_  
4) **Si vous avez payé votre voyage par carte de crédit**, indiquez le type de carte \_\_\_\_\_ Number: \_\_\_\_\_ Expiry Date: \_\_\_\_\_  
Avez-vous soumis ces factures à une autre compagnie d'assurance?  Non  Oui Si Oui, nom de la compagnie : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Personne ressource : \_\_\_\_\_

*Il faut remplir la Page 2 de ce formulaire*

**Documents nécessaires pour cette réclamation** – (Tout en soumettant les originaux de ces documents, veuillez en conserver des copies pour vos dossiers.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tous les originaux des factures de consultation médicale et des reçus d'ordonnances  | <input type="checkbox"/> une preuve de départ   |
| <input type="checkbox"/> formulaires de réclamation de l'assurance-maladie gouvernementale dûment remplis<br>(seulement pour les résidents de la Colombie Britannique et de la Terre Neuve) | <input type="checkbox"/> une photocopie de la carte d'assurance-maladie gouvernementale |
|   | <input type="checkbox"/> rapport d'accident (si approprié)                              |

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au 1888-694-8888.**

Est-ce qu'un accident a nécessité des soins médicaux?  Oui  Non Si "Oui", veuillez préciser les détails et fournir un rapport d'accident avec ce formulaire.

Faites une courte description de la situation qui vous a amené à chercher des soins médicaux, y compris le diagnostic : \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital ou de la clinique : \_\_\_\_\_ Date de l'évènement : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Avez-vous communiqué avec notre service d'assistance médicale dans les 24 heures suivant l'évènement?  Oui  Non

Nous avez-vous soumis d'autres réclamations?  Oui  Non

Avez-vous déjà souffert de ces états pathologiques?  Oui  Non Si "Oui", indiquez la date de votre **dernier** traitement : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Veuillez énumérer tous les médicaments que vous preniez **avant** votre date de départ : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un changement de médicaments **avant** votre date de départ?  Oui  Non Si "Oui", veuillez fournir les détails : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et téléphone de votre médecin de famille au Canada : \_\_\_\_\_

Date de votre **dernier** examen médical au Canada avant votre voyage : \_\_\_\_\_ Pays où le sinistre a eu lieu : \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Avez-vous payé pour votre traitement? (Si "Oui", joindre la preuve de paiement):  Oui  Non  En entier  En partiel

Montant de votre réclamation : \_\_\_\_\_ \$ Devise : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION ET CESSION À L'INTENTION DU RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE-MALADIE

Je demande et j'autorise au Régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG) de ma province, de verser un paiement à l'égard de ma réclamation pour les services de santé reçus à l'étranger à PGCR au nom de l'assureur et par le présent je libère RAMG, après paiement à PGCR, de toute réclamation supplémentaire ou cause d'action en rapport avec cette réclamation.

Je consens et j'autorise RAMG, de recueillir et d'utiliser directement ou indirectement des renseignements personnels y compris des renseignements médicaux en ce qui concerne le paiement de ma réclamation pour des services à l'étranger [se rapportant à la Section 39 (1) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, à la Section 4(2)(f) de la Loi sur l'assurance-santé, et à la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé].

Je consens à ce que le RAMG divulgue à PGCR de tels renseignements personnels y compris des renseignements médicaux en ce qui concerne le traitement et le paiement de ma réclamation pour des services de santé reçus à l'étranger, incluant les détails de tout paiement en duplicata m'ayant d'abord été envoyé directement. Je reconnais que je peux refuser mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements, pourtant en faisant ainsi ma réclamation ne peut être traitée et ne sera pas payée. À l'égard des paiements effectués en mon nom, je consens à ce que toutes les indemnités payées ou payables par tout autre assureur, relativement à cette réclamation, soient assignées en tout ou en partie à PGCR.

Signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ N° du RAMG \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

(incluant le code de version pour Résidents de l'Ontario seulement)

### CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je certifie que j'ai rempli ce formulaire de réclamation et, au meilleur de ma connaissance, que les réponses fournies sont complètes, à jour et précises. J'autorise tout médecin, hôpital ou autres fournisseur de soins médicaux m'ayant examiné ou m'ayant prodigué des soins à soumettre à PGCR ou à échanger avec elle ou ses représentants tout renseignement se rapportant à mon historique médical, mes symptômes, mon traitement, mon examen ou mon diagnostic dans le but de traiter cette réclamation.

J'autorise tout autre assureur à soumettre à PGCR ou à échanger avec elle ou ses représentants tout renseignement d'ordre médical ou renseignement sur des indemnités associées avec cette réclamation et j'autorise et enjoins de tels payeurs à faire parvenir les montants d'indemnité directement à PGCR.

Je conviens qu'une photocopie ou une télécopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale et que cette autorisation sera considérée valide pendant toute la durée du règlement de cette réclamation, mais que ladite période n'excédera pas deux ans à partir de la date quand elle a été signée. Je reconnais mon droit de recevoir une copie de cette autorisation.

Nom du Patient (EN LETTRES MOULÉES) : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

MM/JJ/AAAA

Adresse au Canada : \_\_\_\_\_

\* Si le patient est mineur, son tuteur légal doit signer en son nom. Si un représentant légal autre que le tuteur légal du patient signe ce formulaire (pouvoir par procuration, pouvoir exécuteur/testamentaire etc.) le régime d'assurance maladie provinciale exige une preuve d'un statut de "Représentant légal".

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au 1-888-694-8888. Notre Équipe au Service des Réclamations se fera un plaisir de vous aider.