

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient :		N° de police :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Montant de la franchise :
N° de la carte d'assurance maladie d'État [veuillez inclure une photocopie de la carte] : (y compris le code de version pour les résidents de l'Ontario)		Province de résidence :
Date de départ :	Date de retour ou de cessation prévue :	Date de retour ou de cessation actuelle :
Prolongation de couverture :	Mode de transport : <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Autre : _____	Cette réclamation est-elle présentée au titre d'un régime annuel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE ACCOMPAGNÉ DE CE QUI SUIT :		
<input type="checkbox"/> Franchise en dollars américains	<input type="checkbox"/> Tous les originaux de factures médicales et de reçus d'ordonnances	<input type="checkbox"/> Une photocopie de la carte d'assurance maladie provinciale de l'assuré
<input type="checkbox"/> Preuve de la date de départ	<input type="checkbox"/> Demandes de remboursement au régime public dûment remplies (résidents du Québec et de la C.-B. seulement)	
(SI VOUS ENVOYEZ LES DOCUMENTS ORIGINAUX, ASSUREZ-VOUS DE GARDER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS)		

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Cette section doit être remplie pour assurer un traitement rapide de votre demande de règlement.

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur actuel (si le patient a déjà pris sa retraite, donnez le nom du dernier employeur) :		Si le patient était en chômage au moment du sinistre, cochez ici <input type="checkbox"/>
Nom :	Adresse :	Téléphone :
Nom du conjoint :	Nom de l'employeur du conjoint :	Adresse de l'employeur du conjoint :
Veuillez indiquer toutes les assurances dont vous bénéficiez auprès d'autres assureurs (c.-à.-d. assurance collective de l'employé ou du conjoint, assurance pour retraités, cartes de crédit ou cartes bancaires, assurance-habitation ou assurance-automobile)		
Nom de la compagnie d'assurance :		
Adresse :	Téléphone :	Cette police prévoit-elle un maximum à vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'assurance collective :	N° de contrat ou de certificat :	Si oui, veuillez indiquer le montant : \$
Avez-vous présenté des factures à une autre compagnie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la compagnie :	Téléphone :
Personne-ressource :		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Veuillez donner une description brève et claire des circonstances justifiant la demande d'assistance médicale. Si les services médicaux ont été obtenus à la suite d'un accident, veuillez nous fournir des renseignements sur cet accident.		
Date de l'événement :	Pays où le sinistre a eu lieu :	Nous avez-vous présenté d'autres demandes de règlement cette saison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà souffert de ces affections?		Si « OUI », précisez la date de votre dernier traitement (y compris la prise de médicaments) :
Avez-vous réglé la facture? [Si oui, veuillez soumettre la preuve de paiement] <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En totalité <input type="checkbox"/> En partie		Somme totale demandée : \$ Devise
Veuillez dresser une liste de tous les médicaments utilisés avant la date du départ [si nécessaire, annexe une autre feuille] :		
Date du dernier changement de médicaments (type ou posologie) avant la date du départ :		Date de votre dernière visite chez le médecin :
Nom et numéro de téléphone du médecin de famille :		

Veuillez remplir et signer le verso et nous retourner le formulaire dans les 21 jours suivant sa réception.

CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

J'atteste que les renseignements fournis sont à ma connaissance complets, actuels et exacts. Par la présente, j'autorise tout médecin, praticien, dispensateur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisme médical, clinique ainsi que tout autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, commission d'indemnisation des accidentés du travail ou tout autre régime ou organisme similaire, et le ministère de la Santé, à divulguer et échanger mes dossiers médicaux complets avec Medipac International Inc., Medipac Assistance International Inc. et la Financière Manuvie ou leurs représentants, y compris les traitements médicaux dispensés par mon médecin de premier recours et les traitements que j'ai reçus, que je recevrai sous peu ou que je pourrais recevoir dans le futur en dehors de ma province de résidence. J'accepte que la période de 12 mois suivant la date de ma demande de règlement soit considérée comme la période d'accès aux renseignements spécifiques sur ma santé et de leur divulgation en vertu des pratiques sur la confidentialité du Canada (*Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*) et des États-Unis (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). Une photocopie de la présente autorisation aura la même validité que l'original.

Je conviens qu'une photocopie ou qu'une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original et que la présente autorisation sera considérée comme valide pour la durée de la demande de règlement, à concurrence d'une année après la date à laquelle elle a été signée. Je comprends que j'ai le droit de recevoir une copie de la présente autorisation.

DIRECTIVES SPÉCIALES CONCERNANT LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE

Je demande irrévocablement au ministère de la Santé et lui accorde mon autorisation de verser directement à Medipac Assistance International Inc. les indemnités payables relativement à ma demande de remboursement de soins de santé à l'étranger. Sur paiement à Medipac Assistance International, Inc., je libère le régime public d'assurance maladie de toute obligation liée à toute autre demande de règlement ou motif d'action se rapportant à la présente.

J'autorise le ministère à recueillir les renseignements personnels sur ma santé, soit : les renseignements relatifs aux soins de santé qui m'ont été dispensés à l'extérieur du Canada, et les renseignements nécessaires au remboursement de ces soins en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* [L.R.O. 1990, chap. H.6, Ontario seulement], auprès de Medipac Assistance International Inc.; j'autorise en outre le ministère à divulguer à Medipac Assistance International Inc. tout renseignement personnel sur ma santé nécessaire aux fins de vérification de ma demande de remboursement en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, y compris les renseignements relatifs à tout paiement en double qui m'aurait été précédemment versé.

Je comprends les raisons qui motivent le ministère à recueillir et à divulguer ces renseignements personnels sur ma santé.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. Cependant, ma réclamation ne peut pas être des processus sans formulaire dûment complété entièrement de réclamation.

Nom de l'assuré (en lettre moulées S.V.P.)

Numéro de téléphone au Canada

Signature

Adresse

Autre numéro de téléphone

Date

Nom du témoin

Numéro de téléphone au Canada

Signature du témoin

Adresse

Autre numéro de téléphone

Date