

**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° d'assurance maladie [annexez 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 prévue :	Date de retour réelle :
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
<b>VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE ACCOMPAGNÉ DE CE QUI SUIT :</b>		
<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 de l'assuré
<input type="checkbox"/> Preuve de la date de départ	<input type="checkbox"/> Demandes de remboursement du régime public dûment remplies (résidents de l'Alberta, du Québec et de la C.-B. seulement)	
(SI VOUS ENVOYEZ LES DOCUMENTS ORIGINAUX, ASSUREZ-VOUS DE GARDER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS)		

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

*Remplissez cette section pour accélérer le traitement de votre demande de règlement.*

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur actuel (si le patient a déjà pris sa retraite, indiquez le nom du dernier employeur) :		Cochez si vous étiez au chômage lors du sinistre <input type="checkbox"/>
Nom de l'employeur :	Adresse de l'employeur :	Téléphone de l'employeur :
Nom du conjoint :	Nom de l'employeur du conjoint :	Adresse de l'employeur du conjoint :
Veillez indiquer toutes les assurances dont vous bénéficiez auprès d'autres assureurs (c.-à.-d. assurance collective de l'employé ou du conjoint, assurance collective de retraite, 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**

Décrivez brièvement et clairement les 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	
Veillez dresser une liste de tous les médicaments utilisés avant la date du départ [si nécessaire, annexez 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 :		

## CERTIFICATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS (AUTRE QUE L'ASSURÉ)

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. (Medipac Assist) et L'Ancienne République, Compagnie d'Assurance du Canada, 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. 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.

La législation de certaines provinces exige que nous vous informions que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la loi sur les assurances de votre province ou dans tout autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement.

## DIRECTIVES SPÉCIALES CONCERNANT LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-MALADIE

(À remplir si vous accordez le consentement au nom d'une personne qui est dans l'incapacité d'accorder son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels sur sa santé.)

Je, soussigné, \_\_\_\_\_,

suis habilité légalement à prendre des décisions pour \_\_\_\_\_.

J'autorise le Ministère à recueillir les renseignements personnels sur la personne assurée, soit :

Les renseignements relatifs aux soins de santé qui ont été dispensés à la personne assurée 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 la 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 la santé.

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. Cependant, ma demande ne pourra être traitée sans un formulaire de demande de règlement dûment rempli.

Nom du mandataire de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

Numéro de téléphone

Signature du mandataire de l'assuré (*annexez une preuve du mandat*)

Nom du témoin

Numéro de téléphone au Canada

Signature du témoin

Adresse

Date

Adresse

Date