



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET D'AUTORISATION

S'il vous plaît, veuillez nous envoyer le formulaire de réclamation original complété et les pièces justificatives à :

Adresse canadienne

Penfield Care, Inc
310-260 Hearst Way
Ottawa, Ontario K2L 3H1
PH 800.705.5991
FAX 613.701.0828

INFORMATION PATIENT-MÉDICALE

Nom de famille _____

Prénom _____

Date de naissance _____ N° de téléphone _____

Adresse (numéro et rue) _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Courriel _____

Lien avec le preneur d'assurance Même ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Autre (veuillez préciser) ☐ _____

INFORMATIONS SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE (si différent du patient)

INFORMATION PATIENT-MÉDICALE

Nom de famille _____

Prénom _____

Date de naissance _____ N° de téléphone _____

Adresse (numéro et rue) _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Courriel _____

DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION

Date de départ du voyage : _____ Date de retour du voyage : _____

La date à laquelle vous avez consulté un médecin : _____

La raison de la consultation médicale (diagnostic) : _____

Si vous avez engagé des dépenses « personnelles » et que votre réclamation est payable, le chèque doit-il être adressé au patient ?

Oui ☐ La réclamation sera versée au patient

Non ☐ Veuillez fournir le nom et l'adresse du destinataire du chèque

LISTE DES FRAIS MÉDICAUX

Dépenses admissibles payées (c.-à-d. prescriptions, visites chez le docteur, repas, ambulance, etc.)	Date Encouru	Montant payé	Devise	Reçu d'origine

* Si vos dépenses sont dans plusieurs devises, veuillez les calculer séparément. Si vos dépenses dépassent l'espace fourni veuillez ajouter et compléter vos informations sur une nouvelle page.

PRÉFÉRENCE DE REMBOURSEMENT

Chèque ☐ Virement électronique de fonds ☐

Courriel associé au transfert électronique des fonds _____

Devise préférée CDN ☐ USD ☐

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN DE FAMILLE ET/OU SPÉCIALISTE

Vos antécédents médicaux peuvent être nécessaires pour examiner complètement votre demande. Veuillez fournir les informations pour votre (vos) médecin(s) ci-dessous:

MÉDECIN		Téléphone
Médecin de famille		
Clinique sans rendez-vous (si disponible)		
Spécialiste		
Spécialiste (autre)		

AUTRES INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE

1. Veuillez entrer votre numéro de régime provincial d'assurance maladie (y compris le code de version), si applicable :

(Pour l'Ontario, selon la date d'émission/de renouvellement de la carte OHIP, le code de version peut être composé de 0/1/2 lettres)

2. Est-ce que vous ou votre conjoint avez droit à des prestations en vertu d'un autre régime pour les frais médicaux réclamés ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous : Si NON, laissez l'espace vide et complétez la section suivante :

Assurance	Vous	Conjoint(e)
Compagnie d'assurance		
Numéro de régime		
Numéro d'identification du participant au régime		

Si le conjoint planifie, veuillez fournir le nom du conjoint _____

Date de naissance _____

3. Avez-vous une carte de crédit avec une couverture d'assurance voyage ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, veuillez fournir les détails ci-dessous:

Pour vous aider à recevoir tous les paiements supplémentaires auxquels vous avez droit, nous pouvons nous coordonner avec:

DÉTAILS DE LA CARTE DE CRÉDIT	
Nom sur la carte	
Type de carte	
Numéro de carte	
Date d'expiration	

4. Votre assurance voyage a-t-elle été souscrite en complément ? OUI ☐ NON ☐

Si vous avez répondu oui, veuillez fournir les détails suivants

POLICE D'ASSURANCE POUR LAQUELLE COUVERTURE « COMPLÉMENTAIRE » A ÉTÉ ACHETÉ	
Nom de l'entreprise ou de la carte de crédit	
Numéro de police ou de carte de crédit	
Dates d'entrée en vigueur	

SPÉCIFICATIONS DE CONSENTEMENT/AUTORISATION ET DE LIBÉRATION

Cette section donne à Penfield Care Inc. l'autorisation d'obtenir, de récupérer et de transmettre des informations, paiements et/ou obtenir un recouvrement de votre régime provincial d'assurance maladie, si applicable.

1.Direction et décharge Moi-même, _____ personnellement ou en tant que personne autorisée substitut/mandataire de (patient assuré) _____ Diriger et autoriser de manière irrévocable le ministère provincial de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) pour effectuer le paiement relatif à ma demande, ou si applicable la réclamation du patient assuré, pour les services de santé à l'extérieur du pays ou de ma province de résidence directement à Penfield Care Inc et par la présente libérer le ministère, après paiement à Penfield Care Inc., de toute autre réclamation ou cause d'action en relation avec cela. Remarque : Un substitut/mandataire autorisé est une personne autorisée en vertu de la LPRPS à consentir au nom d'une personne de divulguer des renseignements personnels sur sa santé.

2.Consentement J'autorise le ministère à recueillir mes renseignements personnels sur la santé ou ceux du patient assuré, notamment :

- Informations relatives à la réception par mon/le patient assuré de services de soins de santé à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada et
- Les renseignements pertinents au remboursement de ces prestations au titre de la loi sur l'assurance maladie et autoriser le ministère divulgue les renseignements personnels sur la santé qui pourraient être requis aux fins de vérifier mon/l'assuré demande de paiement du patient au titre de la loi sur l'assurance maladie. Y compris les détails de tout paiement en double préalablement adressé à moi/au patient assuré, à Penfield Care Inc. Je comprends le but de la demande du Ministère pour la collecte et la divulgation de leurs renseignements personnels sur la santé.

Vous avez le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement. Toutefois, Penfield Care Inc et le Ministère ne pourront pas traiter votre réclamation ou celle du patient assuré si ce formulaire n'est pas signé.

3. Autorisation

Nom de mon patient/assuré _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Autre téléphone _____

Signature _____ Date _____

Nom du témoin _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Autre téléphone _____

Signature du témoin _____

Date _____

AUTORISATION GÉNÉRALE DE LIBÉRATION

1. Je cède à Penfield Care Inc. tout montant pouvant être obtenu auprès d'autres sources pour les pertes couvertes en vertu de cette police. Je demande également à cette source d'envoyer le paiement à Penfield Care Inc. pour ma réclamation soumise par Penfield Care Inc. concernant ces pertes et d'échanger des informations qui facilitent ce processus.
2. J'autorise tout médecin hospitalier ou établissement médical à envoyer mes informations médicales à Penfield Care Inc., le représentant autorisé de l'assuré. J'accepte en outre la divulgation de ces informations par Penfield Care Inc. vers d'autres sources si nécessaire pour obtenir des avantages d'autres sources.
3. Je garantis que ni moi, ni aucune personne assurée ne bénéficions d'une couverture supplémentaire auprès d'un autre assureur (autre que celui indiqué ci-dessus)
4. Je comprends que mon assurance sera nulle si, avant ou après le sinistre, une personne avait concocté ou déformé tout fait ou circonstance concernant la réclamation.

Signature du patient ou de la personne autorisée _____

Date _____