

3 étapes pour faire une réclamation pour des soins de santé d'urgence

Étape 1 – Réunissez tous les documents nécessaires indiqués ci-dessous.

Étape 2 – Remplissez et signez le formulaire de remboursement provincial.

Étape 3 – Envoyez tous les documents à Desjardins Assurances.

Documents à fournir

Prenez note que les formulaires incomplets seront retournés, ce qui retardera le traitement de votre demande.

- Le formulaire de remboursement provincial ci-joint que vous devez remplir au complet et signer à tous les endroits requis (cela nous permettra de traiter votre dossier à votre place avec le régime de santé provincial)
Ce formulaire est nécessaire même si vous n'avez pas été facturé directement.
- Les factures originales pour tous les frais engagés (par exemple : frais de consultation médicale, de médicaments)
Une copie de votre relevé de compte de carte de crédit, si vous avez payé les frais avec votre carte. Nous rembourserons alors le montant indiqué sur votre relevé; sinon, nous appliquerons le taux de change en vigueur au moment de traiter votre réclamation.
- Si vous désirez un paiement par dépôt direct, veuillez fournir un spécimen de chèque
Le dépôt direct peut seulement être effectué dans le compte du propriétaire du contrat.

Documents supplémentaires à fournir

Pour un choc direct et accidentel à la bouche

- Une confirmation écrite du dentiste de votre province de résidence attestant que la dent était saine et naturelle au moment de l'accident

Si vous n'êtes pas en mesure de joindre tous les documents, veuillez nous expliquer pourquoi dans une lettre accompagnant votre demande. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents ou renseignements supplémentaires.



Pour la protection de vos données personnelles, ne transmettez jamais votre numéro de carte de crédit dans vos courriels et autres communications électroniques non sécurisées.

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée ci-dessus. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

Nom de famille et prénom de l'assuré

Numéro de dossier

Marche à suivre – Important

Afin que nous puissions donner suite à votre demande, vous devez remplir toutes les sections au recto et au verso du présent formulaire. Vous devez également signer les sections **Mandat** et **Signature, déclaration et autorisations** ci-dessous pour nous permettre de soumettre, au nom de la personne assurée, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), toute demande de prestations payable par cet organisme.

Note : La Régie ne retourne pas les originaux des comptes, factures ou reçus. Veuillez en conserver une copie.

Expédier à : Prestations Assurance voyage, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2

Mandat

Je, soussigné(e), _____, mandate spécifiquement
(en lettres moulées)

Desjardins Assurances située au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2 aux fins de :

1. Soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie), conformément aux lois et aux règlements appliqués par la Régie, mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et que mon conjoint et mes enfants ont reçus (assurance familiale)
à _____ (ville, pays) lors de mon séjour du _____ (date) au _____ (date)

Assurance familiale : Pour les fins de l'assurance familiale, ce mandat se limite, outre moi-même, à mon conjoint et mes enfants seulement, ici identifiés :

Conjoint : _____ NAM : _____
Enfant : _____ NAM : _____
Enfant : _____ NAM : _____

2. Fournir à la Régie et recevoir de celle-ci tous les renseignements, documents ou autres pièces requis et nécessaires pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de ces réclamations.
3. Recevoir de la Régie les remboursements effectués et payables à mon ordre ou à l'ordre de mon conjoint ou de mes enfants (assurance familiale).

J'autorise la Régie à accepter les réclamations ainsi soumises et à donner suite à ce mandat, tel qu'il est rédigé, ainsi qu'à transmettre à la compagnie, sur demande, tout renseignement concernant mon statut de la personne assurée ou celui de mon conjoint ou de mes enfants.

X

Signature de la personne assurée

Date

Signature, déclaration et autorisations

- Je déclare par la présente sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment et en vertu de la Loi sur la preuve au Canada que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) à obtenir du professionnel de la santé ou de l'établissement tous les détails supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.
 - En outre, dans le but de simplifier le traitement de ma demande s'il s'agit d'une réclamation à la suite d'un accident d'automobile ou de travail, j'autorise la Régie à communiquer à la SAAQ et/ou à la CNESST une copie des documents que je lui aurai transmis ou qu'elle m'aura transmis.
 - Aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion du dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :
 - a) à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
 - b) à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
 - c) à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;
 - d) à communiquer à mon médecin personnel tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
 - e) à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance ou à des garanties;
 - f) à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. y compris ceux sur ma santé.
- La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où elles sont visées par ma demande. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du signataire du formulaire s'il n'est pas le bénéficiaire _____

Lien avec le bénéficiaire (père, mère, conjoint, tuteur, etc.) _____

X

Signature de la personne assurée

Date

Identité du bénéficiaire – Le bénéficiaire est la personne qui a reçu les soins.

Numéro d'assurance maladie Lettres Chiffres	Nom de famille		Nom de famille (inscrit sur la carte d'assurance maladie)			
	Prénom			Date de naissance Année Mois Jour		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 Adresse du domicile au Québec Numéro Rue App. Ville						
Province		Code postal	Téléphone au domicile Ind. rég.		Téléphone au travail Ind. rég.	
2 Adresse de correspondance ou de paiement, si différente de l'adresse 1 Numéro Rue App. Ville						
Province ou état et pays		Code postal	Téléphone au domicile Ind. rég.		Téléphone au travail Ind. rég.	
Où désirez-vous recevoir votre remboursement? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2			Où peut-on envoyer des demandes de renseignements? <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2			

Séjours à l'extérieur du Québec

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé						Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1er janvier au 31 décembre), précisez :											
Date de départ du Québec Année Mois Jour			Date de retour au Québec <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévüe Année Mois Jour									1 ^{er} séjour Date de départ Année Mois Jour			Date de retour Année Mois Jour		
Raison du séjour (cochez une seule case) <input type="checkbox"/> Vacances ou séjour saisonnier Nom de l'employeur : _____ <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Études Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours. <input type="checkbox"/> Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie : _____ <input type="checkbox"/> Déménagement permanent <input type="checkbox"/> Au Canada Date du déménagement : Année Mois Jour <input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre												2 ^e séjour Date de départ Année Mois Jour			Date de retour Année Mois Jour		
						3 ^e séjour Date de départ Année Mois Jour			Date de retour Année Mois Jour								

Services de santé reçus à l'extérieur du Québec

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé

S'il s'agit d'un accident, indiquez-en le type
 D'automobile De travail Autre (précisez) : _____ Date de l'accident : Année | Mois | Jour

Décrivez les services reçus (ex. : examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

Lieu où vous avez reçu ces services Ville	Province (Canada) ou état (États-Unis)	Pays	S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation
--	--	------	--

Remboursement

Montant demandé	Dollars canadiens <input type="checkbox"/>	Autre devise <input type="checkbox"/> Précisez :	Les factures ont-elles été payées par vous? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Paiement Total	<input type="checkbox"/> Paiement Partiel	Montant payé _____ (fournir l'original de vos reçus)
-----------------	--	--	--	---	---	---

Coordination des prestations (2^e assureur)

Est-ce que vous ou votre conjoint êtes assuré en vertu d'un autre contrat d'assurance qui comporte des garanties relatives aux frais de voyage?
 Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie et le numéro de la police : _____

Veuillez indiquer si le chèque doit être libellé à votre nom ou à celui du fournisseur.