

# ASSURANCE DES SOINS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX POUR LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Service des demandes de règlements de TIC  
1200 – 438 University Avenue  
Toronto, ON, Canada M5G 2K8  
Appels à frais virés de partout dans le monde : 416 340-8809  
Appels sans frais du Canada et des États-Unis : 1 800 869-6747

### DIRECTIVES

#### IMPORTANT

- En cas d'hospitalisation, il faut avertir Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée (TIC) par téléphone soit au préalable, soit dans les 24 heures suivant l'admission; TIC doit également être informée avant une chirurgie ou un test invasif.
- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 30 jours suivant l'événement.
- Une preuve écrite de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 jours suivant l'événement.
- Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire ou pour l'émission de quelque document à l'appui sont à votre charge.

#### EXIGENCES

- Formulaire de demande de règlement dûment rempli et signé, y compris les sections A, B, C et D.
- Attestation du médecin traitant ou du dentiste, section E.
- Rapport de la salle d'urgence et les dossiers d'hôpital si le traitement est reçu à l'hôpital ou dans une clinique externe.
- Toutes les factures et les reçus originaux. Les photocopies ne sont pas acceptées.
- Toutes les factures doivent être détaillées et indiquer les dates et les coûts de tous les traitements reçus.

### SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Homme  Femme \_\_\_\_\_ Date de naissance : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_ Date d'inscription à l'établissement : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_

#### Adresse au Canada

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Pays d'origine : \_\_\_\_\_ Date d'arrivée au Canada : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_

#### Nom et adresse du médecin de famille dans le pays d'origine :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

#### Nom et adresse du médecin de famille au Canada :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Possédez-vous une autre protection d'assurance?  Oui  Non

Bénéficiez-vous d'une protection d'assurance en vertu du régime de l'employeur de votre conjoint?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'autre compagnie d'assurance et le nom du régime :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

### SECTION B : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Brève description de la maladie ou de la blessure : \_\_\_\_\_

Date de la blessure ou de la première apparition des symptômes : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_

Date de la première visite chez le médecin pour cet état de santé : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu un traitement pour cet état de santé ou un état de santé similaire?  Oui  Non

Si oui, inscrivez toutes les dates de traitement ainsi que la liste des médicaments pris **AVANT** la date d'entrée en vigueur de la présente police :

Date : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_ Médicaments : \_\_\_\_\_

Date : JJ/MM/AAAA \_\_\_\_\_ Médicaments : \_\_\_\_\_

### SECTION C : REMBOURSEMENT DES FRAIS DEMANDÉ

Nom de l'intervenant en santé	Diagnostic	Date d'administration du traitement (JJ/MM/AAAA)	Montant facturé	Montant payé
1.		JJ/MM/AAAA		
2.		JJ/MM/AAAA		
3.		JJ/MM/AAAA		
4.		JJ/MM/AAAA		

## SECTION D : AUTORISATION ET ATTESTATION

TIC s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés et divulgués. Vos renseignements personnels ne seront utilisés que dans le but de vous dispenser les services d'assurance demandés. Pour obtenir un exemplaire de la politique de TIC en matière de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec nous.

J'autorise tout médecin, tout hôpital ou toute clinique qui offre des services médicaux ou de soins de santé, ainsi que tout assureur à divulguer et à échanger avec TIC ou ses représentants tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande de règlement. Je cède à TIC toute indemnité payable de quelque autre source pour les pertes encourues en vertu de la présente police et j'autorise et enjoins de tels payeurs à faire parvenir les montants d'indemnité directement à TIC. J'autorise aussi toute tierce partie qui m'aide dans le processus de la présente demande de règlement à accéder à tout renseignement pertinent à quelque demande de règlement aux fins d'évaluation de ma demande de règlement auprès de TIC. Je confirme que je suis autorisé à agir pour et au nom de mes personnes à charge à ces fins. Une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements donnés à l'égard de la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Nom au complet de la personne assurée (en lettres moulées s.v.p.) : \_\_\_\_\_ Date : JJ/MM/AAAA

J'autorise le paiement de cette demande de règlement à (nom en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée (si mineure, signature d'un parent ou du tuteur légal) : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de l'autre police d'assurance citée à la Section A (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

## SECTION E : ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU DENTISTE

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : JJ/MM/AAAA

Diagnostic aux fins de la demande de règlement : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : JJ/MM/AAAA

1. Quand les symptômes de cet état de santé ont-ils été constatés la première fois ou quand la blessure s'est-elle produite? JJ/MM/AAAA

2. Le patient ou requérant a-t-il déjà eu un état de santé semblable au cours des 12 mois précédant cette visite?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Date(s) de toutes les visites médicales : JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA JJ/MM/AAAA

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Traitement administré : \_\_\_\_\_

3. Le patient ou le requérant vous a-t-il été référé?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse du médecin référant : \_\_\_\_\_

4. À votre connaissance, y a-t-il un autre médecin au Canada qui pourrait avoir traité ce patient ou requérant pour un état de santé semblable?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse dudit médecin : \_\_\_\_\_

5. Décrivez toutes les autres maladies ou infirmités reliées au présent état de santé : \_\_\_\_\_

6. Veuillez énumérer tous les médicaments que le patient ou requérant prenait au moment de la consultation initiale : \_\_\_\_\_

7. Le patient ou requérant a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non Date de l'admission : JJ/MM/AAAA

Si oui, veuillez fournir le nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Date du congé de l'hôpital : JJ/MM/AAAA

8. Y a-t-il eu chirurgie?  Oui  Non

Si oui, veuillez inscrire les noms et adresses du chirurgien et de l'hôpital : \_\_\_\_\_

9. Cet état de santé était-il dû à la grossesse?  Oui  Non

Si oui, date des dernières menstruations JJ/MM/AAAA et date prévue de l'accouchement : JJ/MM/AAAA

10. Cet état de santé était-il dû à la consommation d'alcool, à un mauvais usage de médicaments ou à une blessure auto-infligée?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_

11. Cet état de santé était-il dû à un accident d'automobile?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer la date de l'accident ou de la blessure : JJ/MM/AAAA

12. À votre avis, le traitement pour cet état de santé aurait-il pu être retardé jusqu'à ce que le patient retourne dans son pays d'origine?  Oui  Non

### ATTESTATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN

J'atteste que les renseignements donnés dans la présente section sont à ma connaissance vrais et exacts.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en lettres moulées s.v.p.) : \_\_\_\_\_

Date : JJ/MM/AAAA Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

TAMPON DU MÉDECIN :



demandes de règlement  
et assistance voyage