



COMMENT REMPLIR VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Veuillez remplir toutes les sections du formulaire de demande. Si le présent formulaire n'est pas dûment rempli et envoyé avec les pièces justificatives, le traitement de votre demande sera retardé. Ci-dessous vous trouverez des informations concernant les sections du formulaire de demande qui sont souvent manquées ou incomplètes.

SECTION B - CERTIFICATION ET AUTORISATION

Cette section doit être complétée afin de libérer le paiement de votre demande de règlement. Ceci certifie que les renseignements fournis dans le cadre de cette demande sont complets, véridiques et exacts.

La signature du présent formulaire nous permet d'accéder vos renseignements médicaux personnels liés à cette demande. Si nécessaire, nous pouvons obtenir et examiner les dossiers médicaux du ou des médecins que vous avez l'habitude de consulter à votre lieu de résidence. Ces dossiers peuvent être utilisés pour établir la validité de la demande. Complétez la section « Cession des prestations » si vous souhaitez ordonner le paiement à une personne désignée.

SECTION D - AUTRE ASSURANCE MALADIE

Cette section nous permet de coordonner les prestations avec toute autre régime d'assurance que vous pouvez détenir tel que celle fournie par un régime d'assurance collectif ou par votre carte de crédit.

Cession de prestation provincial

Ce formulaire nous permet de présenter une demande de remboursement à votre régime provincial d'assurance-maladie pour les services médicaux payés par ACM. Ce formulaire n'est pas requis pour les résidents de l'Ontario. N.B.: les résidents de la Colombie-Britannique doivent envoyer le formulaire d'assurance maladie original à notre bureau.

DOCUMENTS REQUIS

Soumettre les documents suivants à l'appui votre demande (s'il vous plaît ne pas agraffer les documents) :

Preuve de paiement, y compris les factures et les reçus détaillés

Les bordereaux de transactions par carte de débit et crédit sont insuffisants. Pour les médicaments sur ordonnance, veuillez soumettre le reçu officiel de la pharmacie qui inclut la date, le nom du patient, le nom du médicament ainsi que la quantité.

Tous les rapports et documents médicaux du traitement

Ces documents devraient inclure le rapport de diagnostic, une liste des médicaments donnés et le genre de traitement reçu.

Preuve d'inscription dans un établissement d'enseignement reconnu

SOUSSION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les formulaires dûment remplis et signés ainsi que les documents requis peuvent être envoyés à notre bureau par:

en ligne

Visitez: <https://manulife.acmtravel.ca>
Créer un compte et télécharger vos documents requis.

la poste

Adresses postales canadienne		Adresse postale américaine
Administration des Soins Actifs C.P. 1237 Succursale A Windsor, ON N9A 6P8	Administration des Soins Actifs 73 Rue Queen Sherbrooke, QC J1M 0C9	Administration des Soins Actifs 535 Rue Griswold Suite 111-605 Detroit, MI 48226

courriel

TravelClaims@Active-Care.ca

Veuillez conserver tous les reçus et les pièces justificatives originales. ACM se réserve le droit de demander les documents originaux lorsqu'ils sont nécessaires pour statuer la demande.



Votre police d'assurance voyage est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie »). Manuvie a désigné Active Claims Management (2018) Inc., qui exerce ses activités sous le nom d'Active Care Management (« ACM ») (Administration des Soins Actifs), comme prestataire de services d'assistance et de règlement au titre du présent contrat.

IMPORTANT : La section d'Attestation et autorisation doit être complétée afin de traiter votre demande. **En signant et en soumettant ce formulaire, vous certifiez que les informations fournies dans le cadre de cette demande sont complets, vrais et exacts.**

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR										
Nom		Prénom			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance	MM	JJ	AAAA
Adresse du domicile										
Adresse courriel				Numéro de téléphone			Autre numéro de téléphone			
Destination du voyage			Date de départ	MM	JJ	AAAA	Date de retour	MM	JJ	AAAA

SECTION B – ATTESTATION ET AUTORISATION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette autorisation permettra à Manuvie ou ACM d'utiliser les renseignements divulgués dans le but de déterminer mon admissibilité à la couverture de ma police d'assurance voyage et de discuter de tout aspect de ma réclamation auprès de Manuvie et ses filiales. ▪ J'autorise tout médecin, hôpital ou établissement offrant des services médicaux (chacun d'entre eux est un "fournisseur") et de tout autre assureur à divulguer et à échanger avec Manuvie ou ACM ou son représentant, toute information qui est nécessaire pour traiter cette demande. ▪ Dans le but de discuter le paiement des services médicaux fournis à moi par tout fournisseur, j'autorise Manuvie ou ses filiales de libérer et divulguer à un tel fournisseur le contenu ou le statut de la révision de toute demande de prestations en vertu de cette police. Ce faisant, Manuvie ou ses filiales peuvent libérer ou divulguer mes dossiers médicaux et la décision arbitrale provisoire ou définitive. ▪ Dans le cas où la personne qui reçoit des services médicaux est un enfant non émancipé, telle que définie par les lois de la province de ma résidence permanente, je déclare que je suis le parent / tuteur légal de _____ (insérer le nom) et que l'autorisation décrite ci-dessus s'applique à ses dossiers médicaux. ▪ Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Je donne l'autorisation et demande à mon régime provincial d'assurance maladie (RPAM) de verser directement à ACM les paiements concernant ma demande de règlement pour les soins médicaux reçus à l'extérieur du pays, et par les présentes, je libère le RPAM, une fois que ces paiements seront effectués, de toute autre réclamation ou cause d'action relativement à cette demande de règlement. ▪ J'autorise le RPAM à recueillir directement ou indirectement les renseignements figurant dans la demande de règlement et dans les documents originaux, conformément à la loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la loi sur l'assurance maladie. ▪ Je cède à Manuvie les prestations payables provenant d'autres sources pour les pertes couvertes par cette police, et j'autorise les payeurs de transmettre le paiement directement à Manuvie ou ACM. ▪ Avis: La législation provinciale dans quelques provinces nous exige de vous informer que la limite pour prendre des mesures juridiques est indiquée dans la Loi sur les assurances ou une autre loi qui s'applique à votre réclamation. ▪ Je certifie que les renseignements fournis dans ces formulaires ainsi que dans les documents ci-joints et durant les entrevues téléphoniques sont, à ma connaissance, complets, vrais et exacts. <p>Manuvie et ACM sont engagés à protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons et divulguons. Vos renseignements personnels seront utilisés uniquement dans le but de vous fournir les services d'assurance demandés. Pour obtenir un exemplaire de leurs politiques de confidentialité, visitez www.manuvie.ca et www.active-care.ca.</p>

Si le demandeur est un mineur, imprimer le nom complet du parent ou du tuteur légal, ou si le demandeur est décédé, imprimer le nom complet de l'exécuteur testamentaire :				
Signature	Date	MM	JJ	AAAA

Cession des prestations Complétez cette section si vous souhaitez ordonner le paiement à une personne désignée.

Nom du bénéficiaire	Téléphone
Adresse du bénéficiaire	

**SECTION C – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX****Détails de la demande**

Nom du médecin traitant ou du centre médical	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Description de la maladie ou la blessure				
Date de l'apparition des symptômes		MM	JJ	AAAA
Date du premier traitement		MM	JJ	AAAA
Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'un problème de santé semblable? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :		MM	JJ	AAAA
Si cette condition est liée à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement		MM	JJ	AAAA

Vos antécédents médicaux – Veuillez énumérer vos conditions médicales (joindre une page séparée si nécessaire)

Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Condition médicale	Date du diagnostic	MM	JJ	AAAA
Liste des médicaments que vous prenez régulièrement				
Nom de votre médecin de famille au Canada	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Nom de votre spécialiste au Canada et sa spécialité	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur		
Numéro de carte Santé				

REMARQUE IMPORTANTE : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par *test génétique*, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.



SECTION D - AUTRE ASSURANCE

Est-ce que vous ou votre conjoint bénéficiez d'une autre couverture d'assurance voyage tel que celle fournie par un régime d'assurance collectif, un régime des retraités ou une carte de crédit? Non Oui - Veuillez spécifier :

Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat			
Si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance avec votre carte de crédit, veuillez spécifier le nom de la banque émettrice		Les 6 premiers chiffres et les 4 derniers chiffres du n° de la carte de crédit			
Nom du titulaire principal de la police / nom du titulaire tel qu'il figure sur la carte		Date de naissance	MM	JJ	AAAA
Signature du titulaire principal		Date	MM	JJ	AAAA

Si la présente demande de règlement est liée à un accident d'automobile, veuillez spécifier:

Nom de la d'assurance automobile	Numéro de police
----------------------------------	------------------

Si vous avez envoyé une demande auprès d'un autre assureur, veuillez fournir votre numéro de dossier et joindre une copie de votre demande et le règlement si disponible.

SECTION E – FRAIS ENGAGÉS

S'il vous plaît énumérer toutes les frais payés. Veuillez conserver les reçus originaux. ACM se réserve le droit de demander les documents originaux lorsqu'ils sont nécessaires pour statuer la demande.

Si vous recevez des factures supplémentaires après la soumission de cette demande, veuillez communiquer avec notre bureau avant de faire le paiement.

Nom de l'établissement (p. ex. pharmacie, clinique)	Description du frais (p. ex. prescription)	Date			Prix de l'achat	Devise (monnaie)	Type de preuve de paiement soumise (p. ex. reçu détaillé, reçu de transaction, relevé bancaire, etc. Si aucune preuve, expliquez ci-dessous)
		MM	JJ	AAAA			

Si vous avez des remarques à l'appui de votre demande, veuillez les noter ci-dessous. Ajoutez des pages supplémentaires au besoin.