Formulaire de réclamation du plan BonRétablissement[SM] Groupement des retraités municipaux de l'Ontario Police nº 100003209

Procédure de réclamation

Ce formulaire doit être complété quand vous introduisez une réclamation en raison de maladie ou blessure. Vous pouvez nous aider à accélérer le traitement de votre réclamation en veillant à ce que toutes les questions soient répondues et en joignant les reçues ou les factures originaux pour lesquels vous présentez votre réclamation.

Veuillez retourner votre formulaire de demande de règlement à: l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. Services des règlements
988 Broadway Ouest, Bureau 400, CP 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6.
Courriel : SpecialMarkets-Claims@ia.ca

Partie A – Déclaration du réclamant (en lettres moulées)

Nom de famille : Prénom : Numéro de Certificat :

Adresse postale complète : No de Téléphone:

1. Raison de la réclamation : ☐ Maladie ☐ Blessure Date de naissance du réclamant : _____ (JJ/MMM/AAAA)

2. Date d'accident ou de maladie: _____ (JJ/MMM/AAAA) Date de la consultation médicale initiale : _____ (JJ/MMM/AAAA)

3. Détails complets de l'accident :

4. Nom et adresse de tous les médecins consultés pendant votre maladie/blessure :

5. Si hospitalisé, inscrivez le nom et l'adresse de l'hôpital : Date d'admission _____ (JJ/MMM/AAAA) Date de décharge _____ (JJ/MMM/AAAA)

6. Si une chirurgie en consultation externe a été exécutée inscrivez le nom de l'hôpital et le type de chirurgie :

7. a) Après avoir quitté hôpital, à quelle date avez vous repris vos activités quotidiens habituels? _____ (JJ/MMM/AAAA)

   b) Si vous êtes encore confiné à votre résidence, quand comptez-vous reprendre vos activités quotidiens habituels? _____ (JJ/MMM/AAAA)

8. Avez-vous déjà souffert d'un état pareil ou semblable dans le passé? Si "oui" inscrivez le nom du médecin et la date de traitement.

9. Indiquez lesquels des prestations suivantes que vous réclamez. Joignez les reçus originaux ou les factures.

☐ BonRétablissement[SM] (suite à une hospitalisation) du : _____ (JJ/MMM/AAAA) au : _____ (JJ/MMM/AAAA)

☐ BonRétablissement[SM] (suite à une chirurgie en consultation externe) du : _____ (JJ/MMM/AAAA) au : _____ (JJ/MMM/AAAA)

☐ Attestation de médecin (les reçus sont exigés)
☐ Fractures (précisez quels os)
☐ Matériel d'aide technique (les reçus sont exigés)
☐ Oxygène (les reçus sont exigés)
☐ Prestations en espèces en cas d'hospitalisation (les reçus sont exigés)
☐ Prestations pour hébergement en centre de traitement du cancer (les reçus sont exigés)
☐ Physiothérapie (les reçus sont exigés)
☐ Soins infirmiers à domicile (les reçus sont exigés)
☐ Transport (les reçus sont exigés)
☐ Transport d'un membre de la famille (les reçus sont exigés)
☐ Autre (veuillez préciser):

Autorisation Médicale

Je DÉCLARE que les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande sont, à ma connaissance, exacte et complète.

De ma part ou de la part d'un mineur assure, je DONNE les renseignements inscrits sur ce formulaire de réclamation à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société») et ADMET que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande ainsi que la couverture de la police d'assurance J'AUTORISE tout pourvoyeur de soins de santé, compagnie d'assurance, école et administration scolaire, employeur ou autre personne ou organisation à révéler à la Société tous renseignements médicaux, tous renseignements concernant les frais et tous autres renseignements que la Société pourrait exiger pour l'évaluation de cette demande.

J'AUTORISE la Société à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

Signature du réclamant:_____ En date du: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Part B –Déclaration du médecin traitant (en lettres moulées)

Ce formulaire a été simplifié pour votre convenance. Cependant, si vous souhaitez remplir le formulaire standard approuvé par l'OMHA, veuillez demander à votre patient d'aviser la Société.

Nom du patient : _____ _____
Nom de famille du réclamant Prénom du réclamant

1. Diagnostic ainsi que les complications (dans le cas d'une fracture, spécifier l'os et démontrer qu'il a été traité ou non).

2. Date de la première consultation pour cet état: Les soins médicaux ont terminé le: _____
(JJ/MMM/AAAA)

3. Veuillez inscrire le nom du médecin qui vous a référé :

   Le patient a-t-il déjà été soigné pour cet état ou un état semblable? ☐ Oui ☐ Non

   Si « Oui » inscrivez la date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

4. Si hospitalisé en raison de cette condition veuillez préciser les dates suivantes: Date d'admission: _____
(JJ/MMM/AAAA)

   Date de décharge: _____
(JJ/MMM/AAAA)

5. Si la condition nécessitait une chirurgie en consultation externe, précisez le type de chirurgie:

6. Quand après avoir quitté l'hôpital, le patient aurait pu sortir sans aide afin d'effectuer des courses et rendre des visites etc.?

   _____
(JJ/MMM/AAAA)

Nom du médecin traitant: _____
(Nom de famille) (Prénom)

Signature du médecin traitant: _____ Date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Adresse du médecin: _____

A FAIRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT