

INSTRUCTIONS

IMPORTANT

- Veuillez noter que si le montant total de votre réclamation ne dépasse pas 500 \$ CA, il n'est pas nécessaire de remplir le formulaire de réclamation. Il suffit de soumettre vos reçus, factures et autres documents justificatifs ainsi que votre nom, votre numéro de police et votre adresse postale complète par courriel à l'adresse MSHClaims@mshassistance.com.
- Assurez-vous que les renseignements dans la section F sont complets et exacts.
- Toutes les réclamations doivent être envoyées à MSH Assistance^{MC} dans les 30 jours suivant l'événement. Les preuves écrites à l'appui de la réclamation doivent être soumises à MSH Assistance^{MC} dans les 90 jours suivant l'événement.
- Vous êtes responsable de tous les frais facturés pour remplir ce formulaire et de tout document justificatif.

SOUSSION DE RÉCLAMATIONS

- Pour soumettre une réclamation, les patient·e·s doivent obtenir une copie du rapport de la salle d'urgence et les dossiers d'hospitalisation (si les patient·e·s ont été traité·e·s à l'hôpital), et les envoyer à MSH Assistance^{MC}. Dans le cas des patient·e·s traité·e·s dans une clinique médicale, dans un centre médical ou par un·e médecin de famille, un rapport médical du·de la médecin est requis pour la réclamation.
- Si vous avez payé pour recevoir des services, vous devez déposer toutes les factures originales et détaillées du fournisseur de soins médicaux ou de l'hôpital, qui indiquent les traitements et leurs dates. Les photocopies de reçus ne seront pas acceptées.
- Remplissez toutes les sections et assurez-vous que le présent formulaire est signé avant de le soumettre à MSH Assistance^{MC} avec l'ensemble des factures originales, des rapports de médecin, des rapports médicaux et des reçus originaux de pharmacie pour les ordonnances.
- Le traitement d'une réclamation sera retardé si le présent formulaire n'est pas entièrement rempli et signé, ou si les documents justificatifs ne sont pas soumis.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

- MSH Assistance^{MC} se réserve le droit de demander qu'un formulaire de réclamation soit rempli, peu importe le montant réclamé.

SECTION A : RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE ASSURÉE OU DE L'AYANT DROIT

PERSONNE ASSURÉE

Prénom		Nom de famille		Date de naissance (JJ/MM/AA)	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire					
Pays d'origine				Date d'arrivée au Canada (JJ/MM/AAAA)	
Numéro de police	Numéro de groupe	Numéro d'identification	Établissement d'enseignement	Date d'inscription (JJ/MM/AAAA)	

ADRESSE DE LA PERSONNE ASSURÉE AU CANADA

Numéro d'unité		Adresse			
Ville		Province		Code postal	

AYANT DROIT (S'IL NE S'AGIT PAS DE LA PERSONNE ASSURÉE)

Prénom		Nom de famille		Relation avec la personne assurée	
Numéro d'unité		Adresse			
Ville		État ou province		Pays	
Code postal					
Téléphone		Courriel			

MÉDECIN DE FAMILLE DE LA PERSONNE ASSURÉE DANS SON PAYS D'ORIGINE (S'IL Y A LIEU)

Nom complet		Nom de la clinique ou de la pratique			
Numéro d'unité		Adresse			
Ville		État ou province		Pays	
Code ZIP ou code postal					
Téléphone		Télécopieur			

MÉDECIN TRAITANT·E AUX FINS DE LA PRÉSENTE RÉCLAMATION

Nom complet		Nom de la clinique ou de la pratique			
Numéro d'unité		Adresse			
Ville		État ou province		Pays	
Code ZIP ou code postal					
Téléphone		Télécopieur			

SECTION B : AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

L'ayant droit est-il-elle actuellement couvert-e par une autre assurance provinciale ou gouvernementale? Oui Non

SI NON, l'ayant droit a-t-il-elle demandé une assurance gouvernementale de quelque nature que ce soit? Oui Non

L'ayant droit est-il-elle couvert-e par une autre police d'assurance médicale ou d'assurance voyage (cela comprend la couverture par l'entremise du régime d'un-e conjoint-e, d'un parent ou d'un-e tuteur-riche légal-e)? Oui Non

SI OUI, fournissez les détails de l'autre couverture d'assurance ci-dessous.

Nom complet du titulaire de la police		Compagnie d'assurances		
Numéro de la police ou du régime	Numéro d'identification ou de certificat	Numéro de groupe de l'employeur (le cas échéant)	Nom de l'employeur (le cas échéant)	Numéro de téléphone de l'employeur (le cas échéant)

SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉCLAMATION

Description de la maladie ou des blessures de l'ayant droit (si l'espace prévu est insuffisant, d'autres renseignements peuvent être ajoutés en pièce jointe) :

Date à laquelle les symptômes ont fait leur première apparition ou à laquelle la blessure a été subie (JJ/MM/AA) :

L'ayant droit a-t-il-elle déjà été traité-e dans le passé pour l'affection médicale en question, ou une affection similaire ou connexe? Oui Non

SI OUI :

Date à laquelle l'ayant droit a rencontré pour la première fois un-e médecin en lien avec l'affection en question, ou une affection similaire ou connexe (JJ/MM/AAAA) :

Veillez indiquer toutes les dates de traitement et énumérer tous les médicaments pris en lien avec la condition pertinente, ou la condition similaire ou connexe, avant la date d'entrée en vigueur de la police :

Date du traitement (JJ/MM/AAAA)	Médicaments

SECTION D : DÉPENSES RÉCLAMÉES

Nom du-de la prestataire	Diagnostic	Date des services (JJ/MM/AAAA)	Montant facturé (\$)	Montant payé (\$)

SECTION E : AUTORISATION ET CERTIFICATION

MSH Assistance^{MC} (« MSH Assistance »), ses agent·e·s et administrateur·rice·s, sont tenu·e·s de collecter et de conserver certains renseignements personnels ou médicaux vous concernant dans le cadre de votre couverture d'assurance. Nous n'utilisons et ne divulguons ces renseignements qu'aux fins de l'administration de votre ou de vos police(s) d'assurance, de la prestation de services à la clientèle et de l'évaluation et du paiement des réclamations. Nous nous engageons à protéger le caractère privé, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels que nous recueillons, utilisons, conservons et divulguons. Vos renseignements personnels ne seront utilisés qu'aux fins de vous fournir les services d'assurance demandés.

J'autorise tout·e médecin, tout·e praticien·ne de la médecine, tout hôpital, toute installation fournissant des services médicaux ou liés à la santé, tout administrateur tiers, tout régime provincial et tout autre assureur à divulguer et à échanger avec MSH Assistance^{MC} ou leurs représentant·e·s tout renseignement (y compris des données et des dossiers personnels sur la santé) nécessaire pour traiter la présente réclamation. J'autorise tout tiers qui me fournit de l'assistance lors du processus de la présente réclamation à accéder à tout renseignement de réclamation pertinent lié à la décision relative à ma réclamation auprès de MSH Assistance^{MC}. J'autorise MSH Assistance^{MC} à coordonner le paiement des prestations avec toute société d'assurance qui pourrait avoir une obligation relativement à la présente réclamation et je cède à MSH Assistance^{MC} toute prestation due par d'autres sources pour les pertes couvertes par la présente police. J'autorise de tels payeurs à envoyer le paiement directement à MSH Assistance^{MC} et leur demande de le faire. Au moyen de ma signature ci-dessous, je confirme être autorisé·e à agir à ces fins au nom de toutes mes personnes à charge. Une photocopie de la présente autorisation sera tout aussi valide que le document original.

J'atteste que les renseignements fournis relativement à la présente réclamation sont complets, véridiques et exacts.

<input type="text"/> Nom complet de la personne assurée (en caractères d'imprimerie)	<input type="text"/> Si la personne assurée a moins de 16 ans, nom complet du parent ou tuteur légal (en caractères d'imprimerie)
<input type="text"/> Signature de la personne assurée (si la personne assurée a moins de 16 ans, signature du parent ou du·de la tuteur·rice légal·e)	<input type="text"/> Signature du titulaire d'une autre police d'assurance dans la section B (le cas échéant)
<input type="text"/> Date (JJ/MM/AA)	<input type="text"/> Date (JJ/MM/AA)

SECTION F : AUTORISATION DE PAYER

LA PRÉSENTE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE PAYÉE À :

- La personne assurée (à l'adresse apparaissant à la section A ci-dessus) Parent ou tuteur·rice Hôpital ou clinique Médecin
 Autre : Le cas échéant, j'autorise le paiement de la présente réclamation à : _____

MÉTHODE DE PAIEMENT

- Chèque
 Transfert électronique de fonds (pour les paiements par transfert électronique de fonds), veuillez remplir les champs ci-dessous et vérifier leur exactitude : ([exemple ici](#))

<input type="text"/> Nom du·de la titulaire du compte	<input type="text"/> Numéro de transit	<input type="text"/> Institution financière	<input type="text"/> Numéro de compte
--	---	--	--

**EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ
CONTACTER IMMÉDIATEMENT
MSH ASSISTANCE^{MC} AU :**

+1 800 203-8508
Sans frais depuis les États-Unis et Canada.
Courriel : MSHAssistance@mshassistance.com

+1 416 646-3107
À frais virés, lorsque le service est offert.

**SOUSSION DES
RÉCLAMATIONS :**

MSH Assistance^{MC}
150, rue King Ouest, bureau 602, C.P. 75
Toronto (Ontario) M5H 1J9

Courriel : MSHClaims@mshassistance.com
Télec. : 1 416 730-1878