

Demande d'indemnité relative à l'assurance-maladie complémentaire

NE RIEN INSCRIRE DANS CET ESPACE. RÉSERVÉ À PBC.

Assurance-maladie complémentaire Demande d'indemnité standard



Adresse postale
**B. P. 7000
Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 4E1**

Adresse municipale
**4250 Canada Way
Burnaby (Colombie-Britannique)**

- Veuillez lire les directives au verso avant de soumettre votre demande et remplir toutes les parties du formulaire.
- Vous devez annexer tous les reçus originaux et conserver une copie de vos reçus pour référence ultérieure.
- Veuillez vous référer à votre carte d'assurance-maladie complémentaire Pacific Blue Cross pour connaître vos numéros d'assurance collective, d'identification et des personnes à votre charge.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire ou pour en savoir plus sur votre régime d'assurance-maladie complémentaire, veuillez communiquer avec nous au **604 419-2600** ou au numéro sans frais **1 888 275-4672**.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

Nom de la compagnie		Nom de famille de l'adhérent	Adresse de l'adhérent	
Numéro d'assurance collective E	Numéro d'identification de l'adhérent	Prénom de l'adhérent	Ville/Code postal	Numéro de téléphone de jour ()

RENSEIGNEMENTS SUR LES DÉPENSES

Numéro du régime provincial d'assurance-maladie de l'adhérent (carte santé – BC CareCard)

Nom de la personne à charge effectuant la demande d'indemnité (énumérez en ordre les personnes à charge et les dates)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro de la personne à charge	Type de dépense ou nom du médicament (Par exemple hôpital, ambulance ou nom de la clinique)	Mentionnez la date de chacun des achats effectués ou des services reçus ou les dates d'admission à l'hôpital et de sortie (aaaa/mm/jj)	Montant déboursé	Fournisseur ou prestataire du service	Nature de la maladie ou de la blessure
Exemple : John	1974/04/27	00	Amoxicilline	2002/07/21	10 \$	D ^r Smith	Otite
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

||||| ➔ Réclamation totale :

Ma famille est (je suis) inscrit(e) au régime équitable d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. Oui Non

Votre demande d'indemnisation est-elle le résultat d'un accident? Si oui, inscrivez tous les détails de l'accident. Oui Non

Est-ce une demande liée à l'indemnisation des accidents du travail? Oui Non

Est-ce une demande d'indemnisation liée à l'ICBC ou à une autre compagnie d'assurance automobile? Oui Non

Réclamez-vous des dommages-intérêts contre un tiers? Oui Non

Est-ce que vous ou les personnes à votre charge souscrivez à un autre régime d'assurance qui offre ces prestations? Oui Non

Nom de l'autre compagnie d'assurance	
Numéro d'assurance collective	Numéro d'identification
Nom de l'adhérent au régime offert par une autre compagnie d'assurance	
Date d'entrée en vigueur (aaaa/mm/jj)	Date d'annulation (aaaa/mm/jj)

Si votre réclamation se rapporte au règlement du solde impayé par l'autre compagnie d'assurance, veuillez annexer les photocopies de vos reçus et relevés de paiement.

Pacific Blue Cross ne retourne par les reçus. Veuillez conserver la partie Explication des prestations pour votre déclaration d'impôt. Si vous souscrivez à une autre compagnie d'assurance, photocopiez tous vos reçus avant d'envoyer les originaux à Pacific Blue Cross.

Je certifie que les personnes à ma charge et moi-même avons engagé ces dépenses. Tous les renseignements sont corrects.

Je consens à ce que Pacific Blue Cross utilise mes renseignements personnels pour statuer sur ma demande et les divulgue le cas échéant, ou si la loi le permet, ou en conformité avec les obligations contractuelles en vertu de mon régime d'assurance. J'accepte que les renseignements personnels fournis ci-dessus soient conservés, utilisés et divulgués en vertu de la politique de confidentialité du fournisseur de prestations.

Remarque : Le livret de vos prestations contient une copie de notre politique de confidentialité. Elle se trouve également sur notre site Web, à l'adresse www.pac.bluecross.ca.

J'autorise Pacific Blue Cross ou ses agents à accéder à toute l'information pertinente nécessaire au statut de ma demande d'indemnité.

X _____
Signature de l'adhérent Date

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS RELATIFS À UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

Veillez inscrire tous les renseignements requis au recto et au verso de cette demande d'indemnité. Pacific Blue Cross ne traite pas les formulaires de demande incomplète.

- 1) Veuillez soumettre toutes vos demandes en annexant les relevés détaillés et les reçus payés originaux qui indiquent :
 - le nom du patient;
 - le type de l'achat ou du service;
 - la date de chacun des achats effectués ou des services reçus;
 - le montant facturé pour chacun des achats effectués ou des services reçus.

Pacific Blue Cross n'accepte par les photocopies, à moins que vous n'ayez soumis les reçus originaux à votre autre compagnie d'assurance. Si c'est le cas, veuillez annexer les photocopies de vos reçus, ainsi qu'une copie des relevés de paiement.

- 2) Énumérez toutes les dépenses dans l'ordre des personnes à charge et des dates.
- 3) Pacific Blue Cross ne réglera pas les demandes dont le montant total dépasse le montant de votre franchise. Consulter la carte ou la brochure d'identification Pacific Blue Cross pour en savoir plus sur la franchise du régime.
- 4) Nous devons recevoir les formulaires de demande avant la date limite. Les demandes reçues après la date limite ne vous permettront pas d'être admissibles aux prestations. Consulter votre brochure d'assurance-maladie complémentaire pour en savoir plus.
- 5) Pacific Blue Cross vous recommande de soumettre vos demandes d'indemnité régulièrement, tous les trois mois. *N'attendez pas jusqu'à la date limite.*

Votre régime d'assurance-maladie complémentaire peut comporter un déductible et un pourcentage de remboursement (par exemple, une franchise de 25 \$ et un solde à payer de 80 %). Vérifier les modalités de votre régime dans la brochure fournie.

Tous les résidents de la Colombie-Britannique couverts par le régime *Medical Services Plan of BC* ont le droit de recevoir des prestations en vertu du régime équitable d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique. Si vous ne l'avez pas déjà fait, veuillez vous inscrire au régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique pour profiter d'une aide financière maximale. Les dépenses déboursées en partie par Pacific Blue Cross peuvent être couvertes en vertu du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique; pour cette raison, elles devraient lui être présentées

d'abord (par exemple les appareils de prothèse ou les fournitures pour stomisés). Veuillez soumettre votre demande au régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique d'ici le 31 mars de l'année suivant le service reçu ou l'achat effectué pour être remboursé. Le pharmacien chez qui vous achetez vos médicaments sur ordonnance présente des demandes d'indemnité au régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique pour vous.

Pour recevoir les prestations énumérées ci-dessous, suivez les directives à cet effet.

Consultez la brochure de votre régime pour avoir la liste des prestations auxquelles vous avez droit et pour connaître les modalités en vertu desquelles vous êtes admissibles à ces prestations.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

- reçu officiel du régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique.

SERVICES (physiothérapeute, chiropraticien, podiatre, naturopathe, massothérapeute)

- type de service;
- date de chacun des traitements reçus;
- montant facturé pour chacun des traitements reçus;
- nom et numéro de téléphone du thérapeute.

HOSPITALISATION

- type de chambre (semi-privée ou privée);
- dates d'admission et de sortie;
- frais quotidiens;
- description de tous autres frais.

AMBULANCE

- motif de l'utilisation de l'ambulance;
- date du service reçu;
- emplacements source et cible de l'utilisation de l'ambulance;
- montant facturé.

FRAIS MÉDICAUX HORS PROVINCE

Veillez contacter Pacific Blue Cross pour recevoir un formulaire de demande d'indemnité *hors province*.



APPAREILS AUDITIFS

Veillez consulter la brochure de votre régime pour en savoir plus sur les limites d'âge.

INFIRMIÈRES AUTORISÉES

En plus de vos reçus, Pacific Blue Cross exige une lettre du médecin traitant contenant les détails du diagnostic, la demande ou pas des services d'une infirmière et la raison pour laquelle les services ont été exigés.

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET ORTHÈSES

Seuls un certain nombre de régimes d'assurance-maladie complémentaire couvrent les orthèses et les chaussures orthopédiques. Consultez la brochure de votre régime pour en savoir plus.

Chaussures orthopédiques - en plus de vos reçus, Pacific Blue Cross exige une lettre du chirurgien orthopédiste, du médecin ou du podiatre contenant les détails du diagnostic, la raison de la prescription des chaussures et le type de chaussures prescrites.

Orthèses - en plus de vos reçus, Pacific Blue Cross exige une lettre du médecin, du podiatre ou du chiropraticien contenant les détails du diagnostic et la raison de la prescription des orthèses.

ACCIDENTS DENTAIRES

En plus de vos reçus, Pacific Blue Cross exige que votre dentiste fournisse une liste détaillée des services effectués. Nous avons également besoin de savoir la date exacte de l'accident, les circonstances de l'accident et les renseignements relatifs à tout autre régime dentaire auquel vous avez souscrit. Annexe tous les rapports de radiographie pertinents.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Votre régime d'assurance-maladie complémentaire n'offre aucune prestation si un tiers est responsable selon la loi. Si vous présentez une demande d'indemnité dans le cas d'un accident, vous devez préciser l'éventualité d'une responsabilité civile vis-à-vis de tiers. Si oui, veuillez contacter Pacific Blue Cross pour en savoir plus.

RÉGIME DE SOINS DE LA VUE

Seuls un certain nombre de régimes d'assurance-maladie complémentaire offrent les prestations relatives aux soins de la vue. Consultez la brochure de votre régime pour en savoir plus. Vous devez présenter des reçus détaillés qui précisent la date d'achat et le nom du patient.