

## **Comment remplir le formulaire**

Ce formulaire doit être complété intégralement afin de ne pas retarder le processus d'évaluation de la demande. Une fois que nous serons en possession de toutes les informations nécessaires et que nous aurons procédé à leur évaluation, nous donnerons au demandeur un avis écrit concernant le régime d'assurance. Veuillez-vous assurer de bien remplir tous les champs à l'encre bleue.

## **Partie 1: Informations sur le patient à transmettre intégralement par le demandeur**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance: (j/m/a) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone domicile: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numéro du groupe: \_\_\_\_\_ Numéro du certificate \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Y a-t-il des prestations ou services médicaux offerts dans le cadre d'une autre assurance? Oui  Non

*Si oui, quel est le nom de l'autre compagnie d'assurance?*

\_\_\_\_\_

## **Partie 2: Renseignements sur le financement provincial à compléter par le demandeur**

La couverture offerte par votre plan SécurIndemnité concernant les lit d'hôpital est complémentaire à tous services auxquels vous avez droit dans le cadre du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels de votre province. Veuillez-vous assurer de communiquer avec le représentant de votre régime provincial pour vérifier votre admissibilité avant de déposer une demande de prestation pour un lit d'hôpital auprès de SécurIndemnité.

Une partie sera-t-elle prise en charge par votre régime provincial? Oui  Non

Sinon, veuillez en indiquer la raison: \_\_\_\_\_

## **Partie 3 : Nom du médecin prescripteur**

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

**Partie 4: Renseignements médicaux courants à transmettre intégralement par le médecin**

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

\_\_\_\_\_

Pronostic: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelle est la durée d'utilisation prévue du lit d'hôpital par le patient? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durée d'utilisation requise du lit d'hôpital? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Partie 5: Informations relatives à l'achat et à la location à transmettre par le fournisseur**

Nom du fournisseur médical: \_\_\_\_\_

Quel est le coût mensuel de location pour:

Lit d'hôpital manuel: \_\_\_\_\_

Lit d'hôpital électrique: \_\_\_\_\_

Quel est le coût d'achat pour:

Lit d'hôpital manuel: \_\_\_\_\_

Lit d'hôpital électrique: \_\_\_\_\_

**Partie 6 : Autorisation à remplir par le demandeur**

## Divulgarion de renseignements

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont reçus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge aux fins d'évaluation ou de paiement des prestations, si nécessaire. Si je soumetts les renseignements personnels de mon/ma conjoint(e) et/ou des personnes à ma charge, je reconnais que celui-ci, celle-ci ou ceux-ci ont examiné et accepté les conditions générales, l'Avis de non-responsabilité et la Politique de confidentialité (<https://www.securindemnite.com/privacy/>). Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés cidessus ainsi quelle relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services. J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé. Je comprends et j'accepte que SécurIndemnité procède à la vérification des demandes d'indemnité que j'aurai soumises y compris, mais sans s'y limiter, aux fins de prévention et de détection de fraudes. J'autorise SécurIndemnité et toute personne agissant en son nom à divulguer cette demande d'indemnité et tous les renseignements personnels qu'elle contient au répondant du régime de prestations/employeur aux fins de signalement de possibles demandes d'indemnité frauduleuses. Je déclare être au courant du fait que SécurIndemnité, ou toute personne agissant en son nom, peut divulguer cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient à mon insu et sans mon consentement aux fins exigées ou permises par la loi. Je déclare être au courant que dans certaines circonstances permises par la loi, SécurIndemnité, ou toute personne agissant en son nom, peut être tenue de divulguer, ou avoir reçu la permission de le faire, cette demande d'indemnité et les renseignements qu'elle contient, y compris des renseignements personnels, à mon insu et sans mon consentement ou sans le consentement de la personne à qui ces renseignements se rapportent. Dans toutes autres circonstances, SécurIndemnité respectera la Politique de confidentialité de SécurIndemnité en matière de divulgation des renseignements personnels (<https://www.securindemnite.com/privacy/>). Nous pouvons réviser l'Avis de non-responsabilité de temps à autre, et nous afficherons la version la plus récente sur notre site Web : (<https://www.securindemnite.com>). Veuillez consulter ce dernier régulièrement pour vous assurer de demeurer au fait de toute modification et que vous utilisez la plus récente version de l'Avis de non-conformité. Nous indiquerons dans le haut de la page la date de la dernière révision. L'utilisation continue de nos services après l'une de ces modifications constitue votre acceptation de l'Avis de non-conformité révisé.

Nom du participant au régime \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Veillez remplir et retourner avec les documents justificatifs:**

SécurIndemnité Inc.

CP 6500 Succursale A Sudbury ON P3A 5N5

Télécopieur : 1-866-613-0530

Adresse de courriel : [service@claimsecure.com](mailto:service@claimsecure.com)**\*\*Remarque : NE PAS agraffer NI coller les reçus au formulaire de demande de remboursement.\*\***