

Assurance accidents pour étudiants

Feuillet de renseignements pour les demandes de règlement

Ce document répond aux questions fréquentes à propos des demandes de règlement de l'Assurance accidents pour étudiants.

DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE CORPORELLE

- Le Formulaire de demande de base – Assurance accidents pour étudiants doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. N'oubliez pas d'inclure la section **Déclaration du médecin traitant**, qui doit être remplie par le médecin traitant (m.d.) qui a vu l'assuré en premier dans les 30 jours de la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières et les autres fournisseurs de services **ne sont pas autorisés** à remplir le formulaire.
- Au cas où l'assuré a été initialement vu à l'hôpital, une photocopie du Rapport de Sortie de l'Hôpital ou des Urgences peut être envoyée en lieu de la Déclaration du Médecin Traitant. Si la réclamation concerne seulement les frais d'ambulance, la Déclaration du Médecin Traitant (ou le rapport de sortie de l'hôpital) **n'est pas requise**. Veuillez soumettre l'original de la facture d'ambulance accompagné des deux parties supérieures complétées du formulaire de demande de règlements - Assurance Accidents pour Étudiants (page 1).
- Si votre police offre la **garantie de physiothérapie**, les demandes de règlement liées à cette garantie doivent être accompagnées des reçus originaux et des recommandations écrites du médecin traitant préconisant le traitement de physiothérapie.
- Si votre police offre la **garantie d'appareils orthopédiques**, les demandes de règlement liées à cette garantie doivent être accompagnées des reçus originaux et des recommandations écrites du médecin traitant indiquant que l'appareil orthopédique est nécessaire à des fins thérapeutiques ou curatives.

DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE AUX DENTS

- Le Formulaire de demande de base de l'Assurance accidents pour étudiants doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. S'il s'agit d'une demande pour blessure aux dents, assurez-vous que les sections **Partie 1 & Partie 2 – Dentiste** de la page 2 du formulaire sont toutes deux remplies par le dentiste traitant qui a vu l'assuré dans les 60 jours de la blessure.
- Si vous avez plus d'un assureur, veuillez noter que vous devez nous envoyer une *Explication des indemnités* détaillée de votre assureur principal avec le formulaire de demande de règlement rempli indiquant le code de la procédure et le code de la dent.

IMPORTANT

- Le Formulaire de demande de base de l'Assurance accidents pour étudiants doit être soumis à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans les 90 jours de la date de la blessure, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez annexer les reçus originaux, seulement, de tous les frais admissibles dont vous demandez le règlement.
- À noter que c'est le parent qui doit obtenir et nous envoyer le formulaire de demande de règlement dûment rempli, et que les frais pouvant être engagés pour le faire remplir sont à la charge du parent.
- Si vous avez plus d'un assureur, les indemnités sont coordonnées. Veuillez soumettre vos frais à votre autre assureur en premier. Dès que vous aurez reçu une copie de l'explication des indemnités, veuillez la faire parvenir à la société avec une copie de vos factures de frais.
- À noter : en fournissant le formulaire de demande de règlement pour la commodité du demandeur, la Société n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucune des modalités et conditions de la police. Le fait de fournir ce formulaire n'indique pas qu'il y a couverture. Seules les demandes de règlement admissibles seront réglées.
- Pour obtenir un complément d'information ou des précisions au sujet de la protection ou de votre demande de règlement, veuillez vous adresser à notre bureau au 1-800-266-5667.

Veuillez retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Service des Règlements, 400-988, Broadway Ouest, C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6
Tél. : 1-800-266-5667
www.inalco.com

Veillez nous donner des renseignements à votre sujet

Nom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse: Rue _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone (résidence) _____ N° de téléphone (travail) _____

Nom de l'étudiant/l'assuré

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Date de naissance

| J | J | M | M | M | A | A | A | A | Masc. Fém.

Nom de l'école _____ Année scolaire _____

Nom du conseil ou de la commission scolaire _____ N° de police _____

Veillez nous donner des renseignements au sujet de l'accident

Date de l'accident

| J | J | M | M | M | A | A | A | A |

Heure de l'accident

| H | H | M | M | am pm

Lieu de l'accident _____

Comment l'accident s'est-il produit? (Veillez donner les détails.) _____

Quelles ont été les blessures causées par l'accident? _____

Quand avez-vous consulté un dentiste ou médecin la première fois pour cette blessure?

| J | J | M | M | M | A | A | A | A |

Nom et adresse du dentiste ou du médecin : _____

Bénéficiez-vous d'autres prestations d'assurance hospitalisation et maladie ou dentaire?

 Oui Non

Si « Oui », nom de l'autre compagnie d'assurance _____

1. Je CERTIFIE que les renseignements consignés dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

2. En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je COMMUNIQUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police. J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur ou autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.

3. J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Signé le _____ de _____ Année _____
JOUR MOIS (4 CHIFFRES)*Signature du parent ou du tuteur ou de l'assuré***Déclaration du médecin traitant – (Doit être remplie au complet et signée par le médecin traitant)**Décrivez la condition: _____ Raison : Accident ou Maladie Fracture Endroit & genre _____
and/orAutre blessure Endroit & genre _____Recommandation pour : Physiothérapie Massothérapie ?Date du début des symptômes ou de la blessure : _____ Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la condition? Non OuiSi « Oui », décrivez : _____ Première date de traitement pour cet état _____
(J J / M M M / A A A)Date de la chirurgie _____ Est-ce qu'une anesthésie générale ou locale a été nécessaire? Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Non Oui
(J J / M M M / A A A)Nom de l'hôpital _____ Date d'admission _____
(J J / M M M / A A A)Adresse de l'hôpital _____ Date du congé _____
(J J / M M M / A A A)Date : _____ NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____
J J / M M M / A A A A Signature du médecin traitant**Veillez retourner ce formulaire à :** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Service des règlements, 400-988, Broadway W., C.P. 5900, Vancouver C.-B. V6B 5H6, Tél: 1-800-266-5667**Important :** Le formulaire de demande dûment rempli doit parvenir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. dans les 90 jours suivant la date de l'accident, et en aucun cas plus de un an après cette date, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez joindre les reçus originaux de tous les frais admissibles dont vous demandez le remboursement. Il incombe au parent d'obtenir et de nous envoyer le formulaire de demande rempli de la manière indiquée et d'assumer les frais pouvant être exigés pour le faire remplir.**Demandes pour blessure corporelle :** Le médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant afin que l'on puisse traiter la demande. Si la demande comporte des frais de physiothérapie ou de massothérapie, une copie de l'orientation du médecin vers le thérapeute doit accompagner le formulaire de demande rempli et les reçus.**Demandes pour blessure dentaire :** Le verso du formulaire doit être rempli et signé par le dentiste afin que l'on puisse traiter la demande.



Approuvé par

L'ASSOCIATION
DENTAIRE
CANADIENNE

Partie 1 – Dentiste

Renseignements sur le dentiste			Renseignements sur le patient		
Nom			Nom		
Adresse - Rue			Adresse - Rue		
Ville	Province	Code Postal	Ville	Province	Code Postal
N° de téléphone			N° de téléphone (résidence)		N° de téléphone (travail)

Date du service			Code int. de la dent	Code de la procédure	Surfaces de la dent	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total Charge
Jour J J	Mois M M M	Année A A A A						

Bénéficiez-vous de prestations dentaires prévues par un autre régime privé ou public ou par une autre police ?

Non Oui

Si « Oui », nom du régime/de la compagnie.

Veillez ne pas envoyer de radiographies, de modèles d'étude ni de photos intra-buccales à moins que notre bureau le demande.

Ceci est un relevé exact des services exécutés et des honoraires facturés. S.E.O.

HONORAIRES TOTAUX SOUMIS →

Signature du dentiste

Date Jour Mois Année

Je comprends qu'il se peut que les honoraires énumérés dans la présente demande ne soient pas couverts par la police ou qu'ils excèdent les prestations garanties par celle-ci. Je comprends que je suis responsable financièrement envers mon dentiste du coût total du traitement. J'autorise la divulgation des renseignements consignés dans la présente demande à mon assureur ou à ses agents. J'autorise en outre la communication au dentiste susnommé des renseignements relatifs à la couverture des services décrits dans ce formulaire.

Par les présentes je cède les prestations payables en vertu de cette demande au dentiste susnommé et j'en autorise le règlement direct au dentiste.

Signature du patient (ou du parent/tuteur)

Signature du souscripteur

Partie 2 – Rapport supplémentaire du dentiste (Doit être rempli au complet)

1. Description du dommage : _____

2. Dents touchées par l'accident : _____

3. Ces dents étaient-elles entières ou saines avant l'accident? Non Oui Si « Non », veuillez préciser : _____

4. D'autres traitements sont-ils indiqués? Non Oui Si « Non », veuillez préciser :

Code int. de la dent	Traitements indiqués – Utilisez autant que possible le code de procédure.	Date prévue du traitement		
		Jour J J	Mois M M M	Année A A A A

5. Décrivez les problèmes additionnels pouvant survenir et indiquez les délais : _____