



Let's get started! We're looking forward to helping you with your claim.

Below is the list of required documents and additional information to finalize your claim. Be sure to review each item carefully and complete it as accurately as possible.

It's best to submit your claim forms to us within 60 days from the date the claim was opened—the sooner we receive your completed claim forms, the faster we can start processing your claim.

Here's what we'll need:

- **Excess Hospital/Medical Claim Form**
 - Complete both sides.
 - Sign the bottom of Section 3 to guarantee you have disclosed all additional coverage. Please note: if information is incomplete or inaccurate, we will not be able to process your claim.
 - If you list additional coverage in Section 3, be sure to also sign Section 4.
 - If someone is signing on your behalf, be sure to include a copy of the Power of Attorney to show that they are legally authorized to do so.

- **Power of Attorney & Application for Reimbursement**
 - Fully complete and sign both forms (required by RAMQ).
 - These forms are not required if you are *only* claiming any of the following:
 - Treatment provided by: a chiropractor, physiotherapist, chiropodist, osteopath, podiatrist, acupuncturist, naturopath, holistic doctor
 - Prescription glasses replacement
 - Additional air travel related benefits

(Not all policies cover the above benefits—refer to your policy wording to check your coverage.)

- **All original, itemized bills and receipts**

- **All original prescription drug receipts**
 - Be sure they are the official tax receipts and not credit card or till receipts.

- **Proof of payment**
 - If you have already paid the medical provider or facility directly, provide proof of the amount paid so we can process your reimbursement.
 - This could be a receipt marked "paid" from the provider, a credit card statement, or a copy of a cancelled cheque.
 - If you paid by credit card, you may want to include a copy of the credit card statement showing the exchange rate and amount charged in Canadian dollars.

- **Written description (if your claim is related to an illness)**
 - Describe the diagnosis, symptoms, or the nature of the illness you are claiming for.
- **Written description (if your claim is related to an injury)**
 - Describe the injury and tell us how it happened.
 - Be sure to include the date and time of the incident as well as the name, phone number and email address (if possible) of the person or company you feel is responsible.

(If you need more space than what is provided on the claim form, feel free to write the above information on a separate piece of paper—any format is fine.)

In the unfortunate event that you are filing a claim for someone who has passed away, please also submit:

- A copy of the Insured's Death Certificate.
- A copy of the section of the Will indicating who is legally authorized to act on behalf of the Estate.
- If these expenses were incurred while the Insured was travelling, the original receipts for cremation or for homeward carriage for burial.

If you have any questions, feel free to call us toll free at 1-800-663-0399 or collect at 604-278-4108. You can also email us at claims@tugo.com.

We look forward to completing your claim as quickly as possible.

Take care,

Claims at TuGo

Excess Hospital-Medical Claim



Claims at TuGo, 10th Floor, 6081 No.3 Road
Richmond, BC Canada V6Y 2B2

Tel: 604-278-4108 Fax: 604-276-4593
Canada & USA Toll Free: 1-800-663-0399

Claim No.

For office use only

(Please print clearly. This form will be returned if not completed in full.)

Important Reminders:

- Complete all sections of the claim form(s) in full (front and back), signing where indicated.
- Include original, itemized bills, indicating dates and costs of all services provided.
- Keep copies of all bills for your records.

- By submitting this claim form, you warrant that all information provided is true, correct and complete.
- Your provincial health plan is your primary coverage. Most provincial plans have a 90-day deadline for claiming; if you fail to meet the submission deadline for your provincial plan, you will be responsible for the amount that your provincial plan would have paid.

1. GENERAL INFORMATION

Name of the Insured claiming FIRST NAME LAST NAME M F

Policy number _____ Date of birth MM | DD | YYYY

Address _____

City _____ Prov. _____ Postal code _____

Telephone Home () _____ Office () _____

Email _____ Fax () _____

Name of provincial health care plan and Personal Health Number _____

Name, address and telephone number of your usual Canadian physician _____

State the names of any medications you were taking prior to departure _____

Departure date from home province MM | DD | YYYY Return date to home province MM | DD | YYYY

Country where claim occurred _____ Currency paid _____

Date Sickness or Injury occurred MM | DD | YYYY

Nature and description of Sickness or Injury claimed _____

2. MEDICAL AUTHORITY

Authorization to physicians, hospitals, other medical providers & other insurers

1. I authorize all hospitals, physicians, medical care providers, insurers and other persons, from all countries, to provide to **Claims at TuGo** all information and documentation in their possession that **Claims at TuGo** requires to process my claim, including: records in regard to illnesses, injuries, medical history, consultations, medicines and treatments of the claimant named below (collectively, the "Medical Records") and other applicable insurance policy information.
2. I authorize **Claims at TuGo** to collect, use and disclose the Medical Records, and the information in the Medical Records, to the selling agent, and to any insurers, including government health plans, that may have a responsibility in this claim.
3. I understand that the purpose for the collection, use and disclosure of the Medical Records and other insurance policy information is to enable **Claims at TuGo** and insurers to assess and determine the eligibility of and other available insurance for any claim I might submit. I acknowledge and agree that it is my responsibility to provide to **Claims at TuGo** such information and other documentation as may reasonably be required to process my claim and that my failure to do so will jeopardize my entitlement to coverage.
4. I understand that if Medical Records are required from the U.S., this purpose constitutes a payment operation under the privacy rules in the U.S. Health Insurance Portability and Accountability Act.
5. This authorization takes effect on the date set out below. I understand that I may revoke this authorization in writing. I acknowledge and agree that if this authorization is revoked before the Medical Records are collected and reviewed my entitlement to insurance coverage will be jeopardized.

A copy of this authorization received from **Claims at TuGo** shall be as effective and valid as the original.

FIRST NAME LAST NAME

Print name (and relationship if not claimant)

X _____

Signature (Claimant or authorized representative)

MM | DD | YYYY

Date

PLEASE COMPLETE AND SIGN REVERSE SIDE

3. OTHER INSURANCE (If claimant is a dependent, provide requested information for parents or guardians.)

Do you have any group benefits available for medical coverage through your employer, your spouse's employer or a retirement plan?

Yes No If "Yes", please provide details below:

	<u>Name of Insurance Co.</u>	<u>Telephone#</u>	<u>Group Policy#</u>	<u>Member ID#</u>	<u>Lifetime limit</u>
Your employer/retirement plan	_____	_____	_____	_____	\$ _____
Spouse's employer/retirement plan	_____	_____	_____	_____	\$ _____
Spouse's name	<u>FIRST NAME</u> _____	<u>LAST NAME</u> _____	Spouse's date of birth		<u>MM DD YYYY</u> _____

Do you have benefits available through any other travel insurance company or travel supplier? Yes No If "Yes", please provide:

Name of other provider _____ Policy # _____

Address of other provider _____

Did you use a credit card for any of your travel arrangements? (many credit cards offer travel benefits)

Yes No If "Yes", please provide:

Name of issuing financial institution _____

Card number _____

<u>FIRST NAME</u> _____	<u>LAST NAME</u> _____	X _____	<u>MM DD YYYY</u> _____
Name of cardholder (please print)		Cardholder signature (if different from insured)	Date

I warrant that I do not have any other travel or out-of-country medical insurance coverage.

X _____	<u>FIRST NAME</u> _____	<u>LAST NAME</u> _____	<u>MM DD YYYY</u> _____
Signature (claimant or authorized representative)	(Print name)		Date

4. CLAIMANT'S ASSIGNMENT OF PAYMENT

I assign to Claims at TuGo any benefits obtainable from other sources for covered losses. For payments made on my behalf, I authorize any other carriers to assign eligible benefits to Claims at TuGo.

A copy of this authorization received from Claims at TuGo shall be as effective and valid as the original.

FIRST NAME _____ LAST NAME _____
Print name (and relationship if not claimant)

X _____	<u>MM DD YYYY</u> _____
Signature (claimant or authorized representative)	Date

X _____	<u>MM DD YYYY</u> _____
Signature of primary policy holder of other insurance in Section 3 above (if applicable)	Date

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Avant de remplir ce formulaire, consultez le dépliant Services couverts à l'extérieur du Québec ou visitez notre site au www.ramq.gouv.qc.ca

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE Services de santé reçus : au Canada à l'extérieur du Canada

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		NOM DE FAMILLE		NOM DE FAMILLE (INSCRIT SUR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE)					
LETTRES		CHIFFRES		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE		SEXE	
						ANNÉE		MOIS	
						JOUR		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

1

ADRESSE DU DOMICILE AU QUÉBEC

N° RUE APP. VILLE

PROVINCE CODE POSTAL TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

2

ADRESSE DE CORRESPONDANCE OU DE PAIEMENT, SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE 1

N° RUE APP. VILLE

PROVINCE OU ÉTAT ET PAYS CODE POSTAL TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

OÙ DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT? ADRESSE 1 ADRESSE 2

OÙ PEUT-ON ENVOYER DES DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS? ADRESSE 1 ADRESSE 2

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé

Date de départ du Québec Année Mois Jour Date de retour au Québec Année Mois Jour

RÉELLE PRÉVUE

RAISON DU SÉJOUR (COCHEZ UNE SEULE CASE) Précisez

Vacances ou séjour saisonnier Autre

Travail Nom de l'employeur:

Études Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.

Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec Numéro d'autorisation de la Régie

Déménagement permanent Au Canada Date du déménagement Année Mois Jour À l'extérieur du Canada

Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre), précisez:

1^{er} SÉJOUR Date de départ Date de retour Année Mois Jour Année Mois Jour

2^e SÉJOUR Date de départ Date de retour Année Mois Jour Année Mois Jour

3^e SÉJOUR Date de départ Date de retour Année Mois Jour Année Mois Jour

SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé.

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUEZ-EN LE TYPE Date de l'accident Année Mois Jour

D'automobile De travail Autre (précisez)

Décrivez les services reçus (ex.: examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES

VILLE PROVINCE (Canada) ou ÉTAT (États-Unis) PAYS

S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation:

REMBOURSEMENT

Montant demandé Dollars canadiens Autre devise PRÉCISEZ: Avez-vous payé les comptes? MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçus)

Non Oui Paiement Total Paiement Partiel

PIÈCES JUSTIFICATIVES Si vous n'aviez pas d'assurance voyage au moment des services, faites parvenir tous les documents requis à la Régie. Si vous aviez une assurance voyage au moment des services, vérifiez si votre compagnie d'assurances peut demander le remboursement à la Régie pour vous. Si oui, faites-lui parvenir tous les documents requis. Si non, envoyez à la Régie tous les documents nécessaires.

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES: NUMÉRO DE LA POLICE LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

SIGNATURE ET AUTORISATION

Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la Régie à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE S'IL N'EST PAS LE DEMANDEUR LIEN AVEC LE DEMANDEUR (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.)

SIGNATURE ANNÉE MOIS JOUR

X

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Vous disposez d'**un an**, à compter de la date où ils ont été fournis, pour demander le remboursement des services médicaux, dentaires ou optométriques, et de **trois ans** pour les services hospitaliers.

Pour faire une demande, vous devez remplir un formulaire par personne et indiquer le numéro d'assurance maladie dans chaque cas.

Pour un enfant de moins de 12 mois, qui n'a pas encore reçu sa carte d'assurance maladie, c'est le numéro du père ou de la mère qui doit figurer, en plus de ses propres nom, prénom, date de naissance et sexe.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous devez fournir l'**original de vos comptes**.

Les renseignements suivants doivent y figurer clairement :

- les nom, adresse et signature du professionnel de la santé qui a dispensé les services;
- les nom et adresse de l'établissement où les services ont été fournis ainsi que la signature de la personne autorisée;
- la description détaillée des services reçus;
- la date et le coût de chacun.

Il vous faut envoyer le **résumé du dossier médical** si vous avez été hospitalisé et le **protocole opératoire** dans le cas d'une chirurgie majeure.

Vous devez fournir l'**original de vos reçus**, par exemple vos factures de carte de crédit. Vous pouvez en plus joindre des **photocopies** du recto et du verso **de chèques** encaissés et mentionnant le nom de l'hôpital ou du professionnel de la santé.

Aucun document (original ou photocopie) ne sera retourné par la Régie.

POUR PLUS D'INFORMATION

Nous vous invitons à consulter notre site Internet.

www.ramq.gouv.qc.ca

Vous pouvez aussi obtenir de l'information par téléphone.

À Québec

418 646-4636

Ailleurs au Québec

1 800 561-9749

À Montréal

514 864-3411

Par ATS

(appareil de télécommunication pour personnes sourdes)

418 682-3939 (à Québec)

1 800 361-3939 (ailleurs au Québec)

Pour nous écrire

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Nos heures d'ouverture

Lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 8 h 30 à 16 h 30

Mercredi : de 10 h à 16 h 30

ADRESSE D'ENVOI DU FORMULAIRE

Le formulaire de demande de remboursement ainsi que toutes les pièces justificatives requises doivent être envoyés sans agrafe à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'application
des programmes (Q037)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Dans ce document, le masculin est employé dans le seul but de faciliter la lecture.

Pour une information plus détaillée, consultez notre site.

www.ramq.gouv.qc.ca