

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉÉVALUATION

À REMPLIR PAR LE MEMBRE :

VOTRE NUMÉRO DE POLICE : _____

LE NOM DE VOTRE ANIMAL: _____

VOTRE NOM: _____

Veillez fournir le nom tel qu'il est indiqué dans les documents de la police.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: () _____

ADRESSE COURRIEL: _____

Avis : Les informations recueillies sur ce formulaire à propos de vous et de votre animal de compagnie et autrement en ce qui concerne cette réclamation sont requises par Pets Plus Us, une division de PTZ Insurance Services Ltd., à des fins d'assurance, y compris pour évaluer et, si elles sont approuvées, traiter le paiement de votre demande de remboursement. En fournissant votre adresse courriel, vous consentez à ce que nous communiquions avec vous par courriel des informations concernant l'assurance pour animaux de compagnie.

Déclaration : Je déclare que tous les détails fournis dans la présente demande de remboursement sont véridiques et exacts. J'autorise également mon médecin vétérinaire traitant à divulguer, sur demande, les dossiers médicaux de mon animal de compagnie aux représentants d'assurance maladie pour animaux de compagnie de Pets Plus Us, division de PTZ Insurance Services Ltd.

TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE SCIEMMENT UNE RÉCLAMATION FAUSSE OU FRAUDULEUSE POUR LE PAIEMENT D'UNE PERTE OU D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE SCIEMMENT DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PEUT ÊTRE PASSIBLE D'AMENDES OU DE PRISON.

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS À TOUS LES ÉGARDS.

SIGNATURE _____

DATE (jj/mm/aa) _____

Veillez soumettre le présent formulaire dûment rempli en guise de page de couverture et y joindre les renseignements ou les pièces supplémentaires précisés ci-dessous.

Veillez indiquer clairement ci-dessous l'affection ou les affections pour lesquelles vous demandez une réévaluation :

Si un diagnostic a été posé, veuillez l'inclure. Si ce n'est pas le cas, veuillez décrire la raison de vos récentes visites chez le vétérinaire, y compris tout signe ou symptôme nécessitant un traitement. Si vous soumettez une réclamation pour des médicaments, indiquez la condition médicale pour laquelle ils sont utilisés.	Les numéros des réclamations
Raison 1	
Raison 2	
Raison 3	

LISTE DE VÉRIFICATION DES DOCUMENTS À L'APPUI :

- Dossiers médicaux complets, y compris les notes d'examen détaillées ainsi que tous les rapports de laboratoire, d'analyse sanguine et de pathologie pertinents.
- Une déclaration signée sur papier à en-tête de l'établissement, rédigée par le vétérinaire autorisé traitant. La déclaration doit inclure la raison de la réévaluation, la date d'apparition des symptômes et/ou des antécédents fournis et le diagnostic le plus récent pour la ou les problèmes de santé mentionnés ci-dessus. Si votre vétérinaire fournit une déclaration, nous vous suggérons d'utiliser notre formulaire « Déclaration d'appel du vétérinaire ».
- Toute autre information ou documentation nouvelle ou supplémentaire que nous n'avons pas encore reçue.

L'ABSENCE DE RENSEIGNEMENT ET/OU DE DOCUMENTS D'APPUI REQUIS ENTRAÎNERA DES RETARDS DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Obtenez le remboursement de vos réclamations plus rapidement grâce au dépôt direct et recevez des communications sans papier par courriel. Communiquez avec nous pour obtenir plus de renseignements! Appelez au 1 800 364-8422.

CONSEILS POUR LE MEMBRE

- Veuillez soumettre ce formulaire en temps voulu. Toutes les demandes de réévaluation doivent nous être envoyées dans **les 90 jours** suivant le refus de la réclamation initiale.
 - Si votre clinique soumet la réclamation en votre nom, vous pouvez nous téléphoner pour confirmer cette soumission au 1 800 364-8422.
- Si vous nous envoyez ce formulaire ainsi que les reçus et factures par la poste, veuillez vous assurer d'en garder une copie pour vos dossiers. Les délais de poste locaux varient.
- Dans le cadre de cette demande de remboursement, vous êtes responsable de ce qui suit :
 - Tous les frais vétérinaires non couverts, se rapportant à tous problèmes médicaux exclus de votre couverture ou toutes conditions apparues, avant la date en vigueur de votre couverture.
 - Tous les frais non nécessaires du point de vue médical, par exemple, bains, pension, gâteries.
 - La coassurance et la franchise que vous aviez sélectionnées pour cette couverture.

INFORMATION REQUISE

- **Tous les diagnostics ou les raisons** de la visite doivent être fournis. Si le diagnostic n'est pas connu, énumérez les symptômes ou les signes observés qui vous ont amené à demander un traitement ou des conseils.
- Veillez à ce que les documents soumis soient **clairs et lisibles**. Évitez d'écrire par-dessus ou de couvrir les détails des documents.
- Les numéros des réclamations se trouvent sur la première page de votre lettre d'explication à propos des prestations.
- **Nous avez-vous envoyé le dossier médical complet de votre animal de compagnie?** Ce dossier s'intitule souvent « notes de dossier » ou « notes SOAP ».
 - N'oubliez pas de nous envoyer également les notes récentes et mises à jour du médecin vétérinaire.
 - Nous avons besoin du dossier médical complet et à jour de votre animal de compagnie pour pouvoir traiter votre réclamation.
 - Si votre animal a été adopté, nous demandons une copie de tous les documents fournis par le centre d'adoption.
 - Si vous soumettez une réclamation concernant une fracture dentaire, veuillez toujours nous envoyer le dossier médical complet.

SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE

1. Soumettez vos réclamations dans votre portail en ligne à portal.petsplusus.com/fr pour un traitement rapide et sans papier!

2. Prenez une photo de votre formulaire, des reçus/factures, et des antécédents médicaux/notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) avec votre téléphone ou envoyez-les sous forme de fichier PDF par courriel à submissions@petsplusus.com.

3. Courrier à: PTZ Insurance Service LTD
710 Dorval Drive, Suite 400
Oakville, Ontario L6K 3V7

Utilisez une seule méthode pour envoyer votre formulaire de demande de remboursement et tous les documents pertinents. Les demandes en double retarderont le traitement.



Pour toute question au sujet de ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422. Nous serons ravis de vous aider!

AVANT DE COMMENCER:

Dans le cas d'une réclamation refusée ou d'un litige concernant la couverture, les vétérinaires peuvent aider à faire appel d'une décision en fournissant des tests supplémentaires qui n'ont pas encore été pris en compte. Ces données peuvent comprendre un ou plusieurs des éléments suivants : rapports de laboratoire, imagerie, dossiers de référence, courriers datés, dossiers médicaux supplémentaires et observations cliniques. Le changement d'un diagnostic différentiel en diagnostic définitif peut être réalisé en soumettant des données diagnostiques supplémentaires. Toute modification doit être consignée dans le dossier médical permanent.

Les renseignements subjectifs tels que les observations du client et les dates d'apparition des symptômes sont valides et cliniquement pertinentes tels qu'ils ont été enregistrés à l'origine par le client et/ou son mandataire, le vétérinaire, le technicien ou tout autre membre de l'équipe de l'établissement. Les modifications de cette partie du dossier médical ne seront pas prises en compte si elles ne sont pas accompagnées d'une justification vérifiable du changement et des signatures du client et du vétérinaire

DÉCLARATION DU VÉTÉRINAIRE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liste de contrôle des pièces jointes (doit comprendre au moins une pièce)

- Rapport du laboratoire
- Observations cliniques
- Rapport d'imagerie médicale ou de radiologie
- Courriers datés
- Rapport/dossier du spécialiste
- Dossier médical supplémentaire/mis à jour

Reconnaissance

TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE SCIEMMENT UNE RÉCLAMATION FAUSSE OU FRAUDULEUSE POUR LE PAIEMENT D'UNE PERTE OU D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE SCIEMMENT DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PEUT ÊTRE PASSIBLE D'AMENDES OU DE PRISON.

- J'ai lu et compris toutes les informations présentées sur ce document. Je confirme au meilleur de ma connaissance que les déclarations fournies et tous les documents supplémentaires sont véridiques à tous égards.

Signature du vétérinaire: _____ Date: _____

Nom de la clinique: _____

Numéro de licence: _____ Bureau des licences: _____

Signature du preneur d'assurance: _____ Date: _____

Soumettez ce formulaire, ainsi que les pièces jointes énumérées ci-dessus, et tout autre formulaire pertinent :

1. Prenez une photo avec votre téléphone ou envoyez-la par e-mail sous forme de fichier PDF à submissions@petsplusus.com.

2. Courrier à: PTZ Insurance Service LTD
710 Dorval Drive, Suite 400
Oakville, Ontario L6K 3V7