

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRÉ-APPROBATION

## 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/aaaa) \_\_\_\_\_

## VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUS LES PROBLÈMES DE SANTÉ POUR LESQUELS VOUS SOUMETTEZ UNE RÉCLAMATION :

Si un diagnostic a été posé, veuillez l'inclure. Si ce n'est pas le cas, veuillez décrire la raison de vos récentes consultations chez le vétérinaire, notamment les signes ou les symptômes qui ont nécessité un traitement tel qu'une boiterie, des vomissements ou des démangeaisons. Si vous soumettez une réclamation pour des médicaments, indiquez le problème de santé pour lequel ils sont utilisés.

Date à laquelle vous avez remarqué le problème de santé pour la première fois :

Problème de santé 1

Problème de santé 2

Problème de santé 3

Avez-vous visité une autre clinique pour ce problème de santé? Si oui, veuillez indiquer la clinique :

Date de visite à l'autre clinique:

**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.**

## Afin d'assurer un traitement rapide de votre demande de Pré-Approbation, veuillez inclure les éléments suivants:

o Tous les frais vétérinaires estimés à engager ou tout plan de traitement proposé.

o Le dossier médical complet de votre animal lié à la demande d'agrément avant.

o TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU MANQUANT DES ESTIMATIONS LISIBLES, PLANS DE TRAITEMENT OU DOSSIERS MÉDICAUX PEUT RETARDER LE REMBOURSEMENT

### CONSEILS POUR LES MEMBRES

- Le bien-être de votre animal est important pour nous, et nous faisons de notre mieux pour répondre à toutes les demandes de pré-approbation dans les 3 jours ouvrables. Veuillez ne pas refuser ou retarder le traitement de votre animal pendant que vous attendez notre nouvelles et suivez toujours les conseils de votre médecin vétérinaire.
- Les pré-approbations sont conçues pour être soumises avec des estimations de valeurs élevées, généralement avec un coût minimal de 1000 \$.
- 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.
- Une fois votre animal traité, présentez votre demande de remboursement sans délai. Tous les demandes de remboursement doivent nous être adressées dans les six mois suivant le traitement correspondant.

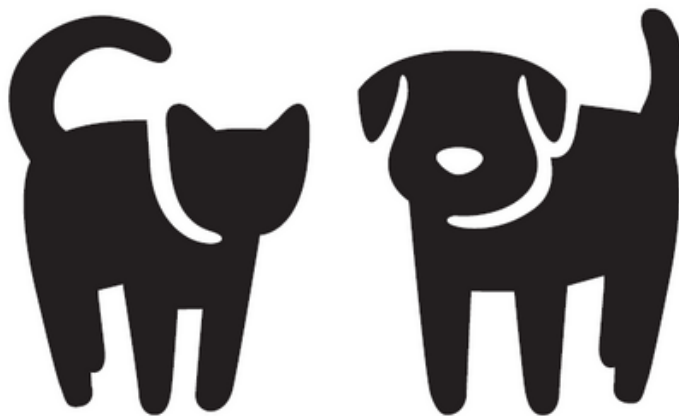
### SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE

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

2. Prenez une photo de votre formulaire, des estimés, 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](mailto: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!**