

# FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT SOINS DE BIEN-ÊTRE

## 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) \_\_\_\_\_

## VEUILLEZ INDIQUER LES ARTICLES DE SOINS DE BIEN-ÊTRE QUE VOUS RÉCLAMEZ

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Examen physique/de bien-être annuel<br><input type="radio"/> 1re injection de rappel<br><input type="radio"/> 2e injection de rappel<br><input type="radio"/> 3e injection de rappel | <input type="radio"/> Castration/ stérilisation | <input type="radio"/> Profil sanguin  | <input type="radio"/> Médicaments préventifs contre le ver du cœur et les puces |
| <input type="radio"/> Examen semestriel pour les animaux âgés  | <input type="radio"/> Micropuce                 | <input type="radio"/> Analyse d'urine                                       | <input type="radio"/> Médicaments contre le ver du cœur (seulement)             |
|  | <input type="radio"/> Coupe des griffes         | <input type="radio"/> Coproscopie pour rechercher les parasites intestinaux | <input type="radio"/> Médicaments préventifs contre les puces (seulement)       |
|  | <input type="radio"/> Nettoyage dentaire        | <input type="radio"/> Analyse de sang pour le ver du cœur                   | <input type="radio"/> Vermifugation contre les parasites intestinaux            |

Autre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 de traiter votre demande de remboursement rapidement, veuillez-vous assurer de ce qui suit:

- o Veuillez inclure toutes les factures et tous les reçus pertinents qui se rapportent à cette demande de remboursement.
- o Dossiers médicaux connexes et notes d'examen détaillées.
- o **Tout formulaire incomplet, reçu et facture manquante peuvent retarder le remboursement.**

## CONSEILS POUR LE MEMBRE

- Veuillez soumettre ce formulaire en temps opportun, puisque toutes les demandes de remboursement doivent nous être envoyées dans les 6 mois qui suivent le traitement pertinent.
  - o Si votre clinique soumet vos réclamations en votre nom, consultez votre courrier électronique pour la confirmation et les mises à jour de statut, ou connectez-vous au portail pour confirmer la soumission de la réclamation.
- Soumettez un (1) formulaire de demande de remboursement pour **chaque animal**.
- 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 :
  - o 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.
  - o Tous les frais non nécessaires du point de vue médical, par exemple, bains, pension, gâteries.
  - o La coassurance et la franchise que vous aviez sélectionnées pour cette couverture.

## 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 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](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.**

## 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.
- Veuillez obtenir une facture **fermée/finalisée**. Celle-ci comprend :
  - o Un numéro de facture
  - o Le nom de l'animal de compagnie
  - o La liste des services détaillés effectués et le(s) coût(s) associé(s)
  - o Le montant final de la facture, y compris tous les rabais et les crédits appliqués ainsi que le montant des taxes

\*Les éléments suivants ne sont pas considérés comme des factures : récapitulatif du compte, historique des transactions, factures ouvertes, bons de livraison et reçus de paiement de la pharmacie sans étiquette de prescription associée.
- Veillez à ce que les documents soumis soient **clairs et lisibles**. Évitez d'écrire par-dessus ou de couvrir les détails des documents.
- **Nous avez-vous envoyé le dossier médical complet de votre animal de compagnie?** Ce dossier s'intitule souvent « notes de dossier » ou « notes SOAP ».
  - o N'oubliez pas de nous envoyer également les notes récentes et mises à jour du médecin vétérinaire.
  - o Nous avons besoin du dossier médical complet et à jour de votre animal de compagnie pour pouvoir traiter votre réclamation.
  - o Si votre animal a été adopté, nous demandons une copie de tous les documents fournis par le centre d'adoption.
  - o Si vous soumettez une réclamation concernant une fracture dentaire, veuillez toujours nous envoyer le dossier médical complet.

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