

# Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays

Le Réseau rénal de l'Ontario, une division de Santé Ontario, remboursera les frais engagés en cas de traitement par hémodialyse hors pays administré à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020

## **Vous devrez envoyer :**

- La page 2 remplie du formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays.
- Les originaux de tous les reçus de traitements par hémodialyse reçus en dehors du pays. Veuillez conserver des copies de vos reçus.
- La page 3 remplie du formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays, si c'est la première fois que vous soumettez une demande liée à un traitement par hémodialyse à Santé Ontario ou si vos coordonnées de paiement ont changé.

**REMARQUE : À titre provisoire au cours de la pandémie de la COVID-19, Santé Ontario ne versera les remboursements que sous forme de virement électronique de fonds (télévirement) afin de protéger les patients, les membres du personnel et tout autre personne dans le respect des mesures de distanciation physique conformément aux directives du gouvernement ontarien.**

## **Remplir le formulaire en joignant les reçus**

1. Vous devez remplir, signer et envoyer le formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays.
2. Les reçus de votre traitement par hémodialyse doivent donner une ventilation détaillée de tous les frais engagés. Ils doivent indiquer le montant, la devise et la date à laquelle le traitement a été reçu.
3. Vous devrez remplir un formulaire différent pour chaque pays visité.
4. Vous pouvez indiquer jusqu'à trois différents établissements (dans le même pays) dans lesquels vous avez reçu votre traitement. Si vous avez été traité dans plus de trois établissements dans le même pays, vous devrez remplir un formulaire supplémentaire.
5. Le nombre de demandes de remboursement que vous pouvez soumettre n'est pas limité.
6. Les demandes de remboursement doivent être transmises dans les 12 mois suivant la date de traitement.
7. N'envoyez pas de reçu pour les médicaments sur ordonnance.
8. Si les reçus liés à votre traitement par hémodialyse ne sont ni en français ni en anglais, il faut y joindre une traduction.
  - a. Pour les demandes de moins de 1 000 \$ CA, une traduction non certifiée est acceptable si elle est accompagnée d'une déclaration signée.
  - b. Pour les demandes de 1 000 \$ CA et plus, une traduction certifiée est nécessaire.
9. S'il s'agit de la première demande de remboursement que vous transmettez à Santé Ontario, veuillez remplir la page 3 du formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays.
  - a. Si vous souhaitez recevoir votre remboursement par le biais d'un virement électronique de fonds, n'oubliez pas de transmettre un chèque annulé en plus de la page 3 remplie du formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays.
10. **Si vous avez déjà reçu un paiement par chèque, vous devrez de nouveau joindre la page 3 avec vos coordonnées bancaires.**

## **Transmettre le formulaire et les reçus**

Veuillez envoyer le formulaire de Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays à l'adresse suivante :

Santé Ontario – Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays  
525, avenue University  
5<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5G 2L3  
Canada

*Merci de ne pas envoyer par courriel votre formulaire de Demande de remboursement hors pays.*

## **Remboursement**

- Chaque traitement par hémodialyse sera remboursé à hauteur maximale de 210 \$ CA.
- Veuillez prévoir de six à huit semaines avant de recevoir les paiements à compter de la date de réception de vos documents par Santé Ontario.
- Si vous avez autorisé Santé Ontario à verser le montant à la Fondation canadienne du rein à titre de remboursement de votre prêt de voyage, le paiement lui sera versé directement.
- Si vous indiquez votre adresse de courriel, vous recevrez un courriel vous indiquant la date à laquelle votre demande a été traitée ou si votre formulaire contient des erreurs qui doivent être corrigées.

## **Vous avez des questions?**

Veuillez communiquer avec nous à :

<https://www.ontariorenalnetwork.ca/fr/node/58116> ou  
au 1.855.460.2647

# Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays



## Renseignements sur le patient ou la patiente

N° de carte Santé		Version	Nom du (de la) patient(e)		Prénom du (de la) patient(e)		
Date de naissance année mois jour		Sexe Homme Femme Autre		Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)	
Adresse de courriel				Si vous indiquez votre adresse de courriel, vous acceptez de recevoir un courriel vous indiquant la date à laquelle votre demande a été traitée ou si votre formulaire contient des erreurs qui doivent être corrigées.			
Adresse postale		Numéro et rue		Ville		Province	Code postal
Adresse personnelle		Numéro et rue		(Ne pas remplir s'il s'agit de la même adresse)		Province	Code postal

## Renseignements sur le voyage, l'établissement et le traitement hors pays

Date de départ de l'Ontario année mois jour		Date de retour en Ontario année mois jour		Date du premier traitement année mois jour		Date du dernier traitement année mois jour		Pays de destination
1. Nom de l'établissement				Nombre de traitements reçus		Montant total payé		Devise utilisée pour le paiement
2. Nom de l'établissement				Nombre de traitements reçus		Montant total payé		Devise utilisée pour le paiement
3. Nom de l'établissement				Nombre de traitements reçus		Montant total payé		Devise utilisée pour le paiement
Votre traitement par dialyse était-il couvert par une assurance de voyage/supplémentaire? Non Oui REMARQUE : Le Programme de prêts de voyage de la Fondation du rein ne constitue pas une assurance.							Si oui, quel montant avez-vous perçu?	

## Autorisation

En cochant cette case, je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature du (de la) patient(e)/tuteur(trice)	Date
---	------

## Autorisation de paiement direct à la Fondation canadienne du rein pour le remboursement d'un prêt de voyage

Si vous avez bénéficié d'un prêt accordé par la Fondation canadienne du rein, Santé Ontario peut verser directement la somme à laquelle vous avez droit à la Fondation.

En cochant cette case et en apposant votre signature ci-dessous, vous autorisez Santé Ontario à verser le montant payable directement à la Fondation :

Nom du (de la) patient(e) (en lettres moulées)		
Je _____ autorise Santé Ontario à verser le montant de mes frais d'hospitalisation ou de séjour dans un établissement de santé admissibles pour un remboursement directement à la Fondation canadienne du rein, jusqu'au montant maximal de mon prêt de voyage, et lui demande d'effectuer le paiement. Je consens à ce que mes renseignements soient divulgués à la Fondation canadienne du cancer.		
Signature du (de la) patient(e)/tuteur(trice)	Montant du prêt de la Fondation	Date

Santé Ontario collecte vos renseignements nécessaires au bon exercice d'une activité autorisée par la loi, conformément à l'article 38 de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31, et sous l'autorité du ministère de la Santé. Vos renseignements seront collectés et utilisés aux fins suivantes :

- Déterminer ou vérifier l'admissibilité au remboursement;
- Procéder au paiement du remboursement;
- Demander des renseignements supplémentaires ou des précisions;
- Vous envoyer des courriers concernant l'admissibilité au remboursement;
- Planifier, gérer et analyser le système de santé.

Santé Ontario pourrait divulguer vos renseignements au ministère de la Santé afin de déterminer ou vérifier l'admissibilité au remboursement. Si vous avez bénéficié d'un prêt accordé par la Fondation canadienne du rein, Santé Ontario pourrait divulguer vos renseignements lors du versement des paiements afin de relier le montant du remboursement à votre prêt.

Les renseignements que vous nous transmettez seront traités par Workday, un fournisseur tiers, situé à l'extérieur du Canada. Workday respecte les normes de protection de la vie privée reconnues à l'échelle internationale et est assujéti au règlement général sur la protection des données (RGPD) de la Commission européenne.

Vos renseignements seront couplés aux données de Santé Ontario afin de déterminer ou vérifier l'admissibilité au remboursement et de planifier, gérer et analyser le système de santé.

Pour toute question, veuillez communiquer avec Santé Ontario au 1.855.460.2647, ou en ligne à <https://www.ontariorenalnetwork.ca/fr/node/58116>.

## RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE

Date :	Numéro :	N° de client :
--------	----------	----------------

Veuillez envoyer les demandes de remboursement remplies à l'adresse suivante : 525, avenue University, 5<sup>e</sup> étage | Toronto (Ontario) | M5G 2L3 CANADA

# Demande de remboursement en cas d'hémodialyse hors pays



Si c'est la première fois que vous recevez un paiement de Santé Ontario pour des traitements par hémodialyse hors pays, ou si vos coordonnées de paiement ont changé, vous devrez joindre cette page à votre formulaire de demande.

En l'absence de cette page, s'il s'agit d'une première demande, votre paiement ne sera pas traité.

**REMARQUE: Pour le moment, nous ne versons les paiements que par virement électronique de fonds.**

## Section A : Renseignements sur le(la) patient(e) et tuteur(trice) (le cas échéant)

Nom du (de la) patient(e)		Prénom du (de la) patient(e)			
Nom du (de la) tuteur(trice) (le cas échéant)		Prénom du (de la) tuteur(trice)(le cas échéant) <small>REMARQUE : Si le nom d'un(e) tuteur(trice) est indiqué, ce(tte) dernier(ère) sera remboursé(e) pour le compte du(de la) patient(e).</small>			
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Adresse de courriel	
Adresse postale		Numéro et rue	Ville	Province	Code postal
Adresse personnelle		Numéro et rue	Ville	Province	Code postal

## Section B : Coordonnées bancaires pour le virement électronique de fonds

- Si vous souhaitez recevoir votre paiement par le biais d'un virement électronique de fonds, vous devez remplir cette partie ET transmettre un chèque annulé ou un courrier de la banque indiquant vos coordonnées bancaires.
- Dans le cas contraire, vous recevrez votre paiement par chèque.
- Si vous avez bénéficié d'un prêt accordé par la Fondation canadienne du rein, veuillez lire la partie « Autorisation et demande de paiement direct à la Fondation canadienne du rein », à la page 2.
- Si vous avez indiqué une adresse de courriel valide, vous recevrez un courriel de remise contenant le montant total de vos virements électroniques de fonds de [corporate.e-commerce@rbc.ca](mailto:corporate.e-commerce@rbc.ca).

Nom de l'établissement bancaire	
Adresse de l'établissement bancaire	Pays de l'établissement bancaire

### Coordonnées bancaires de compte canadien :

Numéro de la banque :	Numéro de l'agence :	Numéro de compte :
-----------------------	----------------------	--------------------

### Coordonnées bancaires de compte international :

Numéro d'acheminement bancaire :	Code BIC/SWIFT :	Numéro de compte :
----------------------------------	------------------	--------------------

## Section C : Autorisation

En signant ce formulaire, je certifie que tous les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature du (de la) patient(e)/tuteur(trice)	Date
---	------

<b>Réservé à l'usage interne</b>		
Date:	Numéro :	N° de client :