



Formulaire d'accord préalable

Sauf en cas d'urgence médicale (comme définit dans les termes et conditions de votre couverture), il vous faut attendre la réception d'une autorisation écrite de la part de GBG Assist avant de donner suite à toute procédure nécessitant un accord préalable. Dans le cas contraire, une quote-part de pénalité sera appliquée à vos demandes de remboursement. D'autre part, en cas d'absence d'accord préalable écrit, le prestataire médical pourra refuser le paiement direct de la part de nos services, et vous devrez dans ce cas avancer les frais. Votre police d'assurance requiert des accords préalables dans certains cas, veuillez la consulter avant de procéder à des soins. En cas de doute, vous pouvez contacter votre assistance téléphonique. Les autorisations préalables ne concernant pas d'intervention d'urgence comptent un délai pouvant varier de deux à cinq jours ouvrés avant d'être complétées.

Veuillez renvoyer ce formulaire complété à :

- Email: gbgassist@gbg.com
- Fax: +1.949.271.5038

| A. INFORMATIONS DU PATIENT | |
|--|------------------------------|
| Nom (Nom de famille, Prénom(s)) | |
| Police #: | GBG ID # : |
| Date de naissance : (JJ/MM/AAAA, ex., 23/NOV/1988) | Employeur (le cas échéant) : |
| Adresse : | |
| Code Postal : | Pays : |
| Téléphone : | Fax: |
| Courriel : | |
| B. DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE | |
| Diagnostic, Symptômes ou Description de la demande (raison médical nécessitant la procédure) : | |
| Nom de la procédure ou du traitement : | |
| Le patient subira-t-il une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel type d'anesthésie est nécessaire? <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> par sédation | |
| Date prévue de l'opération ou de l'admission à l'hôpital (JJ/MM/AAAA) : | |
| Le patient restera-il à l'hôpital durant la nuit ? <input type="checkbox"/> Oui, si oui : durée prévue du séjour : _____ <input type="checkbox"/> Non | |
| HOSPITALISATION EN CAS DE MATERNITÉ : type d'accouchement prévu : <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne | |
| Estimation des frais de praticien/chirurgien et monnaie concernée : | |
| Estimation des frais hospitaliers et monnaie concernée : | |
| Date de la première blessure, maladie ou accident concerné (JJ/MM/AAAA) : | |
| Date du premier traitement de ce cas (JJ/MM/AAAA) : | |



| | | |
|---|--|---|
| Décrivez les précédents traitements reçus pour cette condition, s'il en existe, en incluant les dates (ex. médicaments, consultations, opérations, hospitalisations et traitements conventionnels) : | | |
| Ce traitement résulte : | | |
| a. Du métier du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | b. 'un accident de voiture ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | c. D'un quelconque accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si vous avez répondu "Oui" à l'une de ces questions, veuillez inscrire les dates et les informations relatives à l'accident concerné ci-dessous : | | |
| Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou un traitement concernant ce cas / ou tout autre cas lui étant relatif ? Si oui, veuillez inscrire ci-dessous les dates, résultats médicaux, traitements, ordonnances et le nom du ou des praticiens ou du centre médical impliqué(s) : | | |
| Le patient est-il également couvert par: | | |
| Une autre police d'assurance médicale ou dentaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | b. Une assurance d'état ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui à l'une des questions ci-dessus: | | |
| Nom de l'assureur : | Numéro d'assuré ou autre identification : | |
| Adresse de l'assureur : | | |
| C. INFORMATIONS CONCERNANT L'HÔPITAL OU LE PRATICIEN | | |
| Nom de l'hôpital : | Numéro d'identification fiscale (hôpitaux aux USA) : | |
| Nom du praticien : | Numéro d'identification fiscale (médecins aux USA) : | |
| Adresse : | | |
| Code Postal : | Pays : | |
| Téléphone : | Courriel : | |
| D. AUTORISATION | | |
| Toute personne donnant soumettant une demande d'accord préalable ou de remboursement contenant sciemment des informations fausses, incomplètes ou trompeuses peut être reconnue coupable d'un acte criminel punissable conformément à la loi et être soumise à des pénalités civiles. | | |
| Nom : | | Date: |
| Signature: En tapant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite. | | |

Avis concernant le traitement équitable

Le Groupe GBG se compose de compagnies d'assurance, de sociétés de courtage et de gestion ainsi que de sociétés d'assistance et d'exploitation. Nous respectons votre vie privée et nous nous engageons tous à protéger vos informations à caractère personnel.

Notre politique de confidentialité vous en dit plus sur vos droits en matière de protection des données personnelles et sur la façon dont la loi vous protège. Elle précise la manière dont nous collectons puis traitons vos informations personnelles. Vous pouvez consulter notre politique de confidentialité sur notre site Internet à l'adresse suivante : <https://www.gbg.com/privacy-policy>. Nous vous invitons à prendre connaissance de ce document afin de mieux comprendre vos droits et la façon dont vos données personnelles sont utilisées par le Groupe GBG.