

Processus de remboursement des soins de santé :

Que faire lorsque vous avez réglé le montant d'un service de santé et que vous souhaitez demander le remboursement du règlement :

A. Avant de soumettre votre demande, vous devez :

- Rassembler les documents justificatifs suivants :

| Hospitalisation | Services ambulatoires (tests diagnostiques) | Physiothérapie | Médicaments prescrits | Consultations médicales |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • L'original du rapport médical relatif à l'admission signé et daté, adéquatement rempli y compris l'historique médical daté. • Compte-rendu médical de la salle d'urgence, le cas échéant. • Compte-rendu opératoire • Prescriptions comportant les tests ainsi que les résultats et les traitements • Compte-rendu médical de sortie incluant le diagnostic de sortie. <p>Tous les documents doivent être estampillés et signés par le médecin.</p> | <p>Ordonnance unifiée (unified prescription), comprenant le motif, dûment remplie, estampillée et signée par le médecin.</p> | <p>L'original de l'ordonnance unifiée (unified prescription) - comprenant le motif, estampillée et signée par le médecin, indiquant le nombre de séances.</p> | <p>L'original de l'ordonnance unifiée (unified prescription), comprenant le motif, estampillée et signée par le médecin, mentionnant le nom du médicament, la posologie, le mode d'administration, la quantité et la durée du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une copie du rapport médical pour le traitement des maladies chroniques, détaillé, doit être soumise à chaque demande liée au traitement chroniques. <p>La validité du rapport médical pour le traitement des maladies chroniques est variable selon l'accord avec le payeur ; ensuite, un nouveau rapport doit être soumis.</p> | <p>L'original de l'ordonnance unifiée (unified prescription), comprenant le motif, et les honoraires du médecin, estampillée et signée par le médecin.</p> |
| | <p>L'original des résultats (laboratoire, radiologie, pathologie, etc.) estampillés et signés par le prestataire.</p> | <p>L'original des résultats de radiologie antérieurs, le cas échéant.</p> | | |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| L'original de la facture ainsi que le reçu estampillés et signés par le prestataire. | L'original de la facture ainsi que le reçu estampillés et signés par le prestataire. | L'original de la facture détaillée mentionnant les dates et le prix unitaire de chaque séance. | L'original de la facture de pharmacie détaillée estampillée et signée par le prestataire. | |
| Copie de la carte d'identité du patient et de la carte d'assurance (carte d'assurance liée à la demande du bénéficiaire, pas au titulaire) | Copie de la carte d'identité du patient et de la carte d'assurance (carte d'assurance liée à la demande du bénéficiaire, pas au titulaire) | Copie de la carte d'identité du patient et de la carte d'assurance (carte d'assurance liée à la demande du bénéficiaire, pas au titulaire) | Copie de la carte d'identité du patient et de la carte d'assurance (carte d'assurance liée à la demande du bénéficiaire, pas au titulaire) | Copie de la carte d'identité du patient et de la carte d'assurance (carte d'assurance liée à la demande du bénéficiaire, pas au titulaire) |
| | | | Boîtes vides des médicaments estampillées par la pharmacie (conformément à l'accord). | |
| Pour les assurés de la Caisse nationale de sécurité sociale (Co-NSSF) : Facture CNSS détaillée avec un reçu pour la différence CNSS | Documents CNSS (L'original de l'ordonnance unifiée) complètement et adéquatement remplis selon les règles de la CNSS. (La soumission de l'original des documents CNSS avec reçu et approbation préalable de la CNSS lorsque applicable est basée sur l'accord avec le payeur) | Documents CNSS (L'original de l'ordonnance unifiée) complètement et adéquatement remplis selon les règles de la CNSS. (La soumission de l'original des documents CNSS avec reçu et approbation préalable de la CNSS lorsque applicable est basée sur l'accord avec le payeur) | Documents CNSS (ordonnance unifiée) complètement et adéquatement remplis selon les règles de la CNSS. (La soumission de l'original des documents CNSS avec reçu et approbation préalable de la CNSS lorsque applicable est basée sur l'accord avec le payeur) | Documents CNSS (ordonnance unifiée) complètement et adéquatement remplis selon les règles de la CNSS. |
| NOTE Les factures internationales rédigées dans une langue autre que l'anglais ou le français doivent être traduites. | | | | |

B. En ce qui concerne la soumission des documents, il existe plusieurs options en fonction de l'accord entre Nextcare et votre compagnie d'assurance :

1. Soumission en ligne par le bénéficiaire via l'application Lumi :

Demandez à votre employeur si votre régime d'assurance santé propose cette option ou contactez directement votre assureur santé si votre régime n'est pas lié à un employeur. Si vous bénéficiez de cette option et afin de soumettre votre demande, veuillez-vous référer au guide de l'utilisateur de l'application mobile.

2. Soumission par courriel (e-mail) :

Votre assurance maladie peut ne pas proposer de soumission en ligne. Dans ce cas, vous

devez l'envoyer par courriel directement à votre compagnie d'assurance, qui le transmettra à Nextcare.

Si l'option est disponible, vous pouvez directement soumettre les documents de votre demande de remboursement à l'adresse e-mail suivante :

remboursement_LEB@nextcarehealth.com.

3. Soumission indirecte de la demande

Dans cette option, vous pouvez soumettre les documents de remboursement en version papier soit à :

- Votre service des ressources humaines (RH), qui transmettra les documents à la compagnie d'assurance / courtier.
- Votre compagnie d'assurance, qui enverra soit les documents par e-mail à Nextcare, soit remettra les documents papier tels qu'ils ont été reçus à Nextcare.

Questions fréquemment posées (FAQ)

1. Qui peut déposer une demande ?

Toute personne ayant payé des services médicaux normalement couverts par son régime d'assurance peut déposer une demande de remboursement.

2. Combien de temps faut-il pour traiter une demande ?

La durée standard pour traiter la demande et initier l'ordre de paiement est de 5 jours ouvrables à partir de la date de réception. Après cette période, l'ordre de paiement suivra le cycle de règlement.

3. Que dois-je faire si une demande est refusée ?

Consultez votre compagnie d'assurance si la raison du refus n'est pas claire. En général, la demande est refusée soit en raison de la non-éligibilité, de la non-nécessité médicale, de documents manquants ou conformément aux termes et conditions de la police d'assurance.