



Formulaire de renseignements médicaux sur les maladies contagieuses graves - concernant les demandes de remboursement pour les itinéraires à destination ou en provenance des États-Unis

Tous frais dans l'achèvement de ce formulaire demeurent la responsabilité de l'invité.

Ce formulaire est interactif. Vous pouvez inscrire les renseignements sur le formulaire et l'imprimer avant de le signer. Si vous le remplissez à la main, assurez-vous d'inscrire lisiblement tous vos renseignements pour éviter tout retard.

Le formulaire doit être entièrement rempli. Les formulaires incomplets entraîneront le refus de la demande de remboursement. Transmettez les formulaires remplis à WestJet par [courriel à MedDesk@WestJet.com](mailto:MedDesk@WestJet.com) ou par **télécopieur au 1-866-737-1202**.

Section 1: Renseignements relatifs au patient

Le nom du patient doit figurer sur ses documents de voyage.

| | | |
|------------------------------|---|----------------------------------|
| Nom | Prénom | Second prénom |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Date de naissance JJ-MM-AAAA | Adresse courriel | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Numéro de téléphone | Soumission au nom d'un mineur | Code de réservation (6 lettres) |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| Nom du parent/tuteur | Prénom du parent/tuteur | Deuxième prénom du parent/tuteur |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Consentement et accord du patient

En signant, en imprimant ou en inscrivant mon nom sur la ligne de signature, je consens à la collecte, à la divulgation et à la conservation des renseignements médicaux figurant sur ce formulaire ou des renseignements relatifs à une maladie contagieuse grave ou à une urgence de santé publique dans le but d'évaluer l'admissibilité au remboursement, étant entendu que ces renseignements demeureront confidentiels conformément à la déclaration de confidentialité de WestJet et la déclaration de confidentialité de Sunwing, selon le cas. Je consens et j'autorise WestJet et les professionnels de la santé qui me traitent à fournir, à recevoir et à discuter des renseignements demandés dans ce formulaire. À cette fin, j'accepte que ce consentement et cette autorisation s'étendent à tout professionnel de la santé détenant des renseignements pertinents à mon évaluation ou à ma capacité de voler en toute sécurité avec WestJet.

Dans le présent formulaire, le terme « WestJet » désigne collectivement WestJet Airlines Ltd, WestJet, une société en nom collectif de l'Alberta, WestJet Encore Ltd et Sunwing Airlines Inc, ainsi que leurs filiales et sociétés affiliées, le cas échéant.

Section 2: Renseignements sur les professionnels de la santé

Conformément à la réglementation américaine applicable, un professionnel de la santé agréé désigne une personne, y compris un médecin, une infirmière praticienne et un auxiliaire médical, qui est agréé ou autorisé par la loi d'un État ou d'un territoire des États-Unis ou d'une administration comparable d'un autre pays à pratiquer la médecine, à diagnostiquer ou à traiter un patient pour un état de santé physique particulier qui est à l'origine de la demande de remboursement du passager. Un professionnel de la santé agréé en exercice doit fournir tous les renseignements requis dans cette section et apposer sa signature à l'endroit indiqué. Tous les champs doivent être remplis.

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nom du professionnel de la santé | Numéro de licence | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Province/état/pays d'enregistrement | Ville | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Courriel | Numéro de téléphone | Télécopieur |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



Déclaration de l'état de santé par un professionnel de la santé

En vertu du règlement 14 CFR, partie 262.2 (Définitions), une maladie contagieuse grave est une maladie contagieuse telle que définie dans la partie 70.1 du règlement 42 CFR, qui peut avoir des conséquences graves pour la santé (par exemple, problèmes respiratoires, lésions organiques, troubles neurologiques, décès) et qui peut être facilement transmise par contact occasionnel dans l'environnement d'une cabine d'avion (c'est-à-dire qu'elle se propage facilement à d'autres personnes dans une cabine d'avion par le biais des activités générales des passagers telles que s'asseoir à côté de quelqu'un, se serrer la main, parler à quelqu'un ou toucher des surfaces communes). Par exemple, le rhume est facilement transmissible dans la cabine d'un avion, mais n'a pas de conséquences graves sur la santé. Le SIDA a de graves conséquences sur la santé, mais n'est pas facilement transmissible dans la cabine d'un avion. Le rhume et le sida ne sont pas considérés comme des maladies contagieuses graves aux fins de la présente partie. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est facilement transmissible dans l'environnement d'une cabine d'avion et a de graves conséquences sur la santé. Le SRAS serait considéré comme une maladie contagieuse grave aux fins de la présente partie. Les exemples ci-dessus sont fournis à titre indicatif seulement et ne peuvent être considérés comme des avis médicaux.

- Selon l'état de santé du patient et les connaissances médicales actuelles sur la maladie contagieuse grave en question, y compris les orientations de santé publique publiées par le CDC ou l'OMS, si elles sont disponibles, le patient ne doit pas voyager par avion pendant l'urgence de santé publique en cours afin de protéger sa santé d'une maladie contagieuse grave.
- Selon l'état de santé du patient et les connaissances médicales actuelles sur la maladie contagieuse grave en question, y compris les orientations de santé publique émises par le CDC ou l'OMS, si elles sont disponibles, le patient ne doit pas voyager par avion à la date prévue pour protéger la santé d'autrui contre une maladie contagieuse grave parce qu'il a contracté ou est susceptible d'avoir contracté une maladie contagieuse grave.

Consentement du médecin

En signant ce formulaire, je comprends que je fournis des renseignements que WestJet utilisera pour déterminer la capacité de mon patient à recevoir un remboursement en raison d'une maladie contagieuse grave conformément au règlement 14 CFR, partie 262. En conséquence, je certifie que j'ai pris connaissance de la définition de maladie contagieuse grave figurant dans ce règlement (également fournie ci-dessus à titre de référence) et que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets, véridiques et exacts.

Signature (médecin/praticien)

Date JJ-MM-AAAA

Étampe du cabinet du médecin requise

