

Section 1 : Renseignements sur l'adhérent

| | | | |
|-----------------------|--|------------------------|----------------------|
| Nom de l'employeur | | Numéro de contrat : | Numéro de division : |
| Nom de l'adhérent | | Numéro de certificat : | |
| Adresse de l'adhérent | Nouvelle adresse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand : _____ | | Code Postal : |
| | Adresse : | | |

Section 2 : Renseignements sur le patient

| Nom du patient | Date de naissance | | | Lien avec l'adhérent | Pour les enfants de plus de 21 ans, indiquez s'il est étudiant à temps plein | Montant |
|----------------|-------------------|----|----|--|--|---------|
| | JJ | MM | AA | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | \$ |
| | | | | <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | \$ |

Section 3 : À remplir en cas d'accident

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Certains soins ont-ils été donnés à la suite d'un accident ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, indiquez le nom du ou des patient(s) : _____ | | |
| 2. L'accident est-il survenu au travail ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. S'agit-il d'un accident relié à un véhicule motorisé ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Décrire brièvement les circonstances : où, quand, comment ? _____ | | |

Section 4 : Coordination des bénéfices

| | | |
|---|-----------|--|
| 1. Certains soins ou services auxquels les reçus ci-joints se rapportent sont-ils couverts par : | | |
| CSST <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ou | SAAQ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre régime d'assurance collective ou d'assurance individuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Si oui, nom de l'Assureur : _____ Numéro de contrat : _____ | | |

Section 5 : Transport par ambulance

Si votre demande de règlement contient un reçu d'ambulance, veuillez préciser la raison médicale du transport :

Section 6 : Déclaration

Je déclare que tous les renseignements inscrits sont complets et véridiques. J'autorise toute personne concernée à révéler à mon Assureur tous les renseignements relatifs à cette demande. Les reçus ci-inclus (lesquels ne seront ni retournés ni retenus par l'Assureur) appuient ma demande à l'égard de services qui m'ont été dispensés ou qui ont été dispensés aux membres admissibles de ma famille.

Date
Numéro de téléphone
Signature de l'adhérent

Section 7 : Avis Important

Dans le but de vous assurer un règlement rapide et efficace, veuillez prendre note des points suivants :

- * Toute demande de remboursement incomplète sera refusée et retournée à l'adhérent.
- * N'inclure que des reçus officiels et originaux (**ceux-ci ne seront pas retournés**). Les duplicatas et photocopies ne sont pas acceptés.
- * L'adhérent doit inscrire tous les renseignements demandés et signer le formulaire.

LES FRAIS ENCOURUS AU COURS DE L'ANNÉE DOIVENT ÊTRE TRANSMIS DANS LES 90 JOURS SUIVANT :

- * LA FIN DE L'ANNÉE CIVILE OÙ LES FRAIS ONT ÉTÉ ENCOURUS ; OU
- * LA DATE DE TERMINAISON DE LA PROTECTION DE L'ASSURÉ ; OU
- * LA DATE DE TERMINAISON DU CONTRAT, SELON LA PREMIÈRE DES ÉVENTUALITÉS.

Section 8 : Réserve à l'assureur