



C. P. 790, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K6

DEMANDE DE RÈGLEMENT • FRAIS MÉDICAUX

N° de police N° de compte N° de certificat

Nom de l'employé(e) Prénom

Adresse N° Rue App.

Ville Province Code postal

Date de naissance A M J Sexe : M F Langue : F A

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE -

En vertu de la clause de coordination des prestations de votre régime, si votre conjoint(e) participe à un programme de remboursement des frais médicaux, les frais engagés par votre conjoint(e) doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint(e), s'il y a lieu, est-il (elle) couvert(e) par un autre contrat d'assurance collective? Non Oui, précisez :

Nom de la compagnie d'assurance N° de police Protection : Individuelle Familiale

Nom du (de la) conjoint(e) Date de naissance A M J

INSTRUCTIONS

Joindre l'original de vos reçus et en conserver une copie pour usage fiscal et coordination des prestations. Les reçus ne sont pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

Pour obtenir un règlement plus rapide, éviter les périodes achalandées des mois de décembre, janvier et juin. Nous vous suggérons d'accumuler vos reçus pour un montant d'au moins 50 \$ avant de soumettre une demande de règlement.

FRAIS MÉDICAUX (Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés)

Médicaments Hospitalisation Ambulance Soins paramédicaux Frais optiques Chaussures orthopédiques Autres frais

EMPLOYÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANT	18 ANS ET PLUS		PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			ENFANT DE 18 ANS ET PLUS Nom de l'établissement scolaire fréquenté ou de l'employeur	MONTANT TOTAL	
			SEXE	étudiant(e)		A	M	J			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M F	non oui	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	
S'agit-il de frais engagés à la suite d'un accident? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui										Total	\$

Nature de l'accident : Travail Véhicule motorisé Victime d'acte criminel Autre

Date de l'accident A M J Lieu de l'accident

TRANSPORT EN AMBULANCE (Joindre le reçu du service de transport ambulancier)

Raison du transport ambulancier (si à la suite d'un accident, remplir le rapport ci-haut)

Lieu de la prise en charge : Maison Travail Autre, précisez

Je certifie par les présentes que tous les renseignements fournis sont exacts et complets, au meilleur de ma connaissance, et que toutes les dépenses ont été engagées par moi-même ou par mes personnes à charge pour l'usage exclusif de la personne mentionnée.

Signature de l'employé(e) **X** Date

Adresse Tél. ()

Code postal Tél. ()

ENGLISH ON REVERSE