

Assurance Maladie Complémentaire

Nom complet du membre participant au régime:	Groupe ou employeur	N° d'identification personnel	
		N° de groupe	N° d'identification
		Date de naissance	
		Jour / Mois / Année	

Adresse du membre participant au régime	Rue _____ App. _____	Langue de préférence	
	Ville _____	<input type="checkbox"/> Anglais	
	Province _____ Code postal _____	<input type="checkbox"/> Français	
		N° de téléphone _____	

REEMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI LA DEMANDE CONCERNE UNE PERSONNE À CHARGE

Nom de la personne à charge (nom de famille, prénom)	Date de naissance			Lien de parenté avec le membre participant au régime
	Jour	Mois	Année	
				Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
				Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
				Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
				Conjoint <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____

FRAIS MÉDICAUX (SAUF MÉDICAMENTS) – (joindre les reçus originaux et inscrire les frais encourus ci-dessous)

Description des frais médicaux	Date du traitement (jj/mmm/aaaa)	Soins prescrits par : (nom du médecin)	Montant

1. Certains de ces frais de soins médicaux ou indemnités de maladie sont-ils remboursables par une autre assurance collective, un autre régime, la Commission des accidents du travail ou un régime gouvernemental? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2 b. Nom de l'autre régime ou compagnie d'assurance _____ _____	Total de la Demande \$
2 a. Si oui, inscrire le membre participant à l'autre régime : <input type="checkbox"/> moi <input type="checkbox"/> conjoint	N° de police _____ N° de certificat _____ _____	
3. Désirez-vous que les frais non remboursés de cette réclamation soient payés directement de votre compte de soins santé (si admissibles)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

*** Remarque : NE PAS agraffer NI coller les reçus au formulaire de demande de remboursement ***

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie et complète et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou sont reçus par mon conjoint(e) ou par les personnes à ma charge. Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint(e) et/ou les personnes à ma charge aux fins d'évaluation ou de paiement des prestations, si nécessaire. Je reconnais que tout montant de remboursement des frais mentionnés ci-dessus ainsi que le relevé des prestations seront émis au nom du participant du régime à moins qu'ils ne soient attribués au fournisseur de services.

J'autorise SécurIndemnité, les professionnels de la santé, les compagnies d'assurance, les administrateurs des programmes d'État ou autres régimes d'assurance, et les autres fournisseurs de service travaillant avec SécurIndemnité, à transmettre toute information nécessaire concernant la demande aux fins d'administration de mon régime d'assurance-santé.

Date _____ Signature du membre participant au régime _____