

DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Association québécoise des informaticiennes
et informaticiens indépendants
Police 31943



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
1173, boulevard Charest Ouest, bureau 210-3, Québec (Québec) G1N 2C9
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT				
Nom		Prénom		
Adresse		Résidence	Bureau	Ville
Province	Code postal	Téléphone		Résidence Bureau

* VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET Y JOINDRE LES ORIGINAUX DE VOS FACTURES ET REÇUS DÉTAILLÉS.
CES DOCUMENTS NE VOUS SERONT PAS RETOURNÉS, VEUILLEZ DONC EN CONSERVER DES COPIES POUR DES FINS DE VÉRIFICATION.

Les frais ont-ils été engagés à la suite d'un accident ?		OUI	NON	Si oui, veuillez préciser :
Date	Lieu	Circonstances		
Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ?		OUI	NON	
Votre conjoint détient-il un autre contrat d'assurance ?		OUI	NON	
Si oui :				
N° de contrat		Nom de l'assureur		
<p>N.B.: Le conjoint qui est couvert par un autre contrat d'assurance doit présenter sa réclamation à cet assureur en premier. Fournir ensuite à la Médicassurance le relevé de paiement accompagné d'une copie des reçus soumis à son assureur. Les demandes de règlement relatives aux enfants doivent être présentées à l'assureur du parent (père ou mère) dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.</p>				

DÉCLARATION ET AUTORISATION	
Je certifie que les frais soumis ont été engagés par suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques. De plus, j'autorise Médicassurance à demander aux professionnels de la santé et/ou aux centres hospitaliers concernés l'information nécessaire au règlement de cette demande.	
Signature de l'adhérent <small>(les signatures électronique ne sont pas acceptées)</small>	Date de la signature (jour / mois / année)

VEUILLEZ COMPLÉTER LES INFORMATIONS AU VERSO.

SI VOUS RÉCLAMEZ POUR UN ENFANT À CHARGE DE PLUS DE 20 ANS ET DE MOINS DE 26 ANS, VEUILLEZ NOUS FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES :

PRÉNOM	NOM DE L'ÉCOLE, COLLÈGE OU UNIVERSITÉ FRÉQUENTÉ	SESSION	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL

VEUILLEZ INDiquer LE TOTAL DES FRAIS SOUMIS PAR PATIENT ET PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	LIENS DE PARENTÉ	MONTANT SOUMIS	DATE D'ACHAT
						TOTAL	