

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE MÉDICAMENTS

## Section 1 – EMPLOYÉ (L'employé DOIT inscrire tous les renseignements demandés.)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

NUMÉRO  
D'IDENTIFICATION  
CARTE ASSURÉ<sup>MC</sup>

--	--

(Assureur)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Police n°)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Certificat n°)

--	--

(Établiss. n°)



Remplir et envoyer à :  
Emergis Inc.  
Service des règlements  
5090, Explorer Drive, bureau 1000  
Mississauga, Ontario L4W 4X6

S'agit-il d'une demande en vertu du compte de soins de santé?  Oui  Non

S'agit-il d'un rajustement d'un règlement déjà effectué?  Oui  Non

Si oui, demandez l'autorisation de votre gestionnaire de régime : \_\_\_\_\_

## Section 2 - DEMANDEUR – N.B. – INSCRIRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.

**IMPORTANT** - N'envoyez que l'original de vos factures de médicaments.

Nom du patient	Code du patient*	Date de naissance du patient (JJ/MM/AA)	Nombre de reçus	Montant

\*CODE/PATIENT: Employé = 01; Conjoint = 02; PAC sous l'âge maximum = 03; Étudiant dépassant l'âge maximum = 04; PAC handicapée = 05

## Section 3 - ÉTUDIANT DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMUM (Code du patient 04)

Si votre police comporte une couverture pour étudiant dépassant l'âge maximum, veuillez remplir cette section:

Nom de l'établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Communiquer avec votre gestionnaire de régime pour de plus amples renseignements sur cette section.

## Section 4 - COORDINATION DES PRESTATIONS

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective, d'assurance santé, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental?  Oui  Non

Si oui, inscrire le nom du régime ou de l'assureur : \_\_\_\_\_

Police/régime n° : \_\_\_\_\_ Certificat n° : \_\_\_\_\_

Date de naissance du conjoint : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

Si vous avez soumis cette demande de remboursement à un autre régime d'assurance, vous devez joindre la copie originale du **Relevé des prestations** de ce régime et les **copies** des reçus.

## Section 5 – DEMANDES DE REMBOURSEMENTS POUR FRAIS ENGAGÉS HORS DU PAYS

Si cette demande de remboursement a trait à des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez remplir cette section :

Dans quel pays les médicaments ont-ils été achetés? \_\_\_\_\_

Quelle est la devise de ce pays? \_\_\_\_\_

J'atteste que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont, à ce que je sache, vrais, exacts et complets. Je comprends que ces renseignements ont pour but d'obtenir un remboursement de mon assureur pour les médicaments figurant sur le ou les reçus ci-joints. J'autorise mon assureur et ses représentants autorisés à revoir les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les pièces jointes afin de déterminer le remboursement. Je reconnais que Emergis Inc. agit en tant que représentant autorisé de mon assureur.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**N.B. : RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SINON LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ.** CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOTRE DOSSIER. VOUS DEVEZ ENVOYER TOUTE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS À VOTRE GESTIONNAIRE DE RÉGIME OU À VOTRE ASSUREUR.