

A. Renseignements sur l'employé et l'employeur

Nom de l'employeur :		N° de police :	N° de certificat :					
Nom de famille :					Sexe	Date de naissance		
Prénom :					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	J	M	A
Adresse :	Numéro et rue _____ App.: _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____							
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais								

B. Renseignements sur la réclamation

Veillez compléter toute l'information demandée et indiquer les frais par ordre chronologique. Utiliser une ligne séparée pour chaque personne et **joindre les reçus originaux**. Les formulaires incomplets et les photocopies de reçus ne pourront être traités.

Nom du Patient	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance			L'enfant à charge étudie-t-il à temps plein?	Date du reçu			Description des frais	Montant total
		J	M	A		J	M	A		
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					
					<input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non					

*Si l'enfant a 22 ans ou plus et est étudiant à temps plein, veuillez indiquer le nom de l'établissement scolaire et la date d'inscription

Nom, Prénom de l'enfant à charge	Nom de l'établissement	J	M	A

C. Coordination des prestations

1. Certains de ces frais sont-ils reliés à une réclamation auprès de la CSST? Oui Non

2. Certains de ces frais sont-ils remboursables par une autre assurance collective? Oui Non
Si oui, indiquer le nom de la compagnie d'assurance :

3. Si une autre couverture était disponible et a pris fin récemment, indiquer la date de terminaison : Jour _____ Mois _____ Année _____

Le conjoint bénéficiant d'une autre couverture médicale doit d'abord soumettre sa réclamation à son assureur. Vous pourrez ensuite faire parvenir à Source Santé Plus un formulaire dûment complété, accompagné d'une copie du relevé de remboursement de l'autre assureur. Les réclamations pour les enfants à charge doivent d'abord être envoyées à l'assureur du parent qui célèbre le premier son anniversaire de naissance (jour, mois) au cours de l'année civile.

Autorisation de l'employé

Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et complets et que les frais mentionnés ci-dessus couvrent les produits et services qui m'ont été rendus personnellement ou ont été reçus par mon/ma conjoint(e) ou par mes personnes à charge. Je certifie que je suis autorisé à divulguer et à recevoir toute information concernant mon conjoint et/ou mes personnes à charge aux fins d'évaluation ou de paiement de prestations, si nécessaires. 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 service.

Je reconnais que Source Santé Plus pourra recouvrer de moi-même et de mes personnes à charge les sommes versées par erreur ou suite à une fraude ainsi que les coûts reliés directement au recouvrement de ces montants.

J'autorise SecurIndemnité, Source Santé Plus, les professionnels de la santé, les assureurs, administrateurs des programmes gouvernementaux ou d'autres régimes de la santé et autres fournisseurs travaillant de pair avec SecurIndemnité et Source Santé Plus, à échanger tous les renseignements jugés nécessaires au traitement de la demande de remboursement et à l'administration de mon régime de soins de santé.

Nom (En lettres moulées) _____ Signature _____ Date de signature(jj/mm/aaaa) _____