

Demande de règlement assurance maladie complémentaire

Prénom de l'employé(e) _____ Nom de l'employé(e) _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Courriel _____ Téléphone _____
 Prénom du réclamant _____ Nom du réclamation _____ Lien de parenté avec l'employé(e)
 employé(e) conjoint(e) enfant

Vous devez joindre une copie détaillée du reçu d'achat qui inclut le nom du réclamant, la date du service et le coût du service pour toutes les demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire. Nous acceptons les reçus soumis par courriel, télécopieur ou courrier. Veuillez noter qu'Assomption Vie pourrait à tout moment exiger que l'original soit envoyé à nos bureaux.

Section 1 Soins visuels

		FRAIS	
Examen	_____ \$	Montures	_____ \$
Verre de contact	_____ \$	Verres	_____ \$
Autres	_____ \$	(spécifier : _____)	
Date du service (JJ/MM/AAAA) : _____			

Section 2 Appareil auditif

A. DÉCLARATION DE L'AUDIOLOGISTE ACCRÉDITÉ

Je certifie avoir commandé un appareil auditif pour le patient désigné ci-dessus, le _____ (date) (JJ/MM/AAAA).

Diagnostic: _____

Type d'appareil auditif prescrit: _____

Le patient a-t-il déjà porté un appareil auditif? Oui Non

Signature de l'audiologiste accrédité

B. DÉCLARATION DU PATIENT

Date de l'achat	Type d'appareil auditif	Coût de l'appareil	Nom du vendeur

Section 3 Autres frais complémentaires

Pour toute autre demande de règlement, veuillez cocher les services qui s'appliquent :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuncteur | <input type="checkbox"/> Massothérapeute | <input type="checkbox"/> Ostéopathe | <input type="checkbox"/> Chambre d'hôpital |
| <input type="checkbox"/> Chiropraticien | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Podiatre | <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques/semelles |
| <input type="checkbox"/> Naturopathe | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Je soussigné déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'employé(e)

Date (JJ/MM/AAAA)

Section 4 Coordinations des prestations (si vous n'avez pas de conjoint, cette section ne s'applique pas)

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance maladie sous son propre régime d'assurance?

Oui Non

Date effective

____/____/____
JJ MM AAAA

Si oui, est-ce une couverture d'assurance maladie :

Individuel Familiale

Nom du conjoint _____ Nom de l'assureur du conjoint _____ Numéro du contrat _____

Section 5 Données bancaires pour dépôt direct

Prrière de joindre un chèque avec la mention «**NUL**» ou fournir l'information bancaire suivant si un chèque n'est pas disponible.

Nom de l'institution financière

Adresse de la succursale

Insérer les numéros figurant au bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant.

Numéro de succursale :

Numéro de l'institution financière :

Numéro de compte : _____



Je soussigné déclare que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature de l'employé(e)

Date (JJ/MM/AAAA)