

# Demande de règlement / Claim Form

Frais médicaux et paramédicaux  
Extended Health Care Benefit

Nom Name:	_____		
Adresse Address:	_____		
	N° et rue / No. and Street	Ville / City	_____
	Province / Province	Code postal / Postal Code	_____

Nom de l'adhérent / Name of participant

N° de contrat / Contract No.

N° de certificat / Certificate No.

\* **Veillez 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 fins de vérification.**

\* **Please fill out this form and enclose original copies of your bills and receipts. These documents will not be returned. Duplicates should be retained for your file.**

Les frais ont-ils été engagés à la suite d'un accident ?  
*Were expenses incurred following an accident?*  oui/yes  non/no Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify: \_\_\_\_\_

Date/Date: \_\_\_\_\_ Lieu / Location: \_\_\_\_\_

Circonstances / Circumstances: \_\_\_\_\_

Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ?  
*Are the expenses submitted covered under any other insurance contract?*  oui/yes  non/no

Votre conjoint détient-il un autre contrat d'assurance ?  
*Is your spouse covered under another health insurance contract?*  oui/yes  non/no  sans objet/no applicable

Si oui/ If yes: \_\_\_\_\_  
N° de contrat / Contract No. \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur / Insurer's name \_\_\_\_\_

N.B.: Le conjoint couvert par un autre contrat d'assurance doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur puis fournir à Croix Bleue du Québec le relevé de paiement accompagné d'une copie des reçus soumis. 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.

N.B.: The spouse who is covered by another health insurance plan must first submit a claim to his/her insurer. Afterwards, provide Québec Blue Cross with a copy of the receipts with detailed account of benefits paid. Claims for children must be submitted to the insurer of the parent (father or mother) whose birthday occurs first in the calendar year.

## CONSENTEMENT SUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / PERSONAL INFORMATION CONSENT

Je certifie que les frais soumis ont été engagés par la suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques. De plus, j'autorise Croix Bleue du Québec à demander aux professionnels de la santé et/ou aux centres hospitaliers concernés l'information nécessaire au règlement de cette demande. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

*I certify that the expenses submitted were incurred following an illness or an accident and that my statements are true and complete. Furthermore, I authorize Québec Blue Cross to obtain from the medical practitioner and/or medical centre all pertinent information relevant to this claim. By sending us this form, you understand that we will process your personal information in accordance with the terms of our Privacy Policy. We invite you to read our Privacy Policy available on our web site, which provides, without limitation, information about the categories of third parties to whom it is necessary to communicate and/or to obtain your personal information, sometimes outside your province of residence, and your rights to access and correct your personal information.*

\_\_\_\_\_  
Date / Date

\_\_\_\_\_  
Signature / Signature

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
N° de téléphone / Telephone No.

**Veillez détailler les frais médicaux au verso.  
Please provide information on medical expenses  
on the back of this form.**

Si les frais concernent un enfant à charge (de plus de 18 ou 21 ans - selon le contrat - et de moins de 25 ans), veuillez confirmer le statut d'étudiant :  
 If you are claiming for a dependent child (aged over 18 or 21 [according to the contract] but under 25) please confirm his/her student status:

Prénom <i>First name</i>	Nom de l'école, collège ou université fréquenté <i>Name of school, college or university attended</i>	Session <i>Semester</i>	Temps plein <i>Full time</i>	Temps partiel <i>Part time</i>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Veuillez indiquer le total des frais soumis par patient et par ordre chronologique.  
 \* Please indicate the total amount submitted for each patient, in chronological order.

Prénom <i>First name</i>	Date de naissance <i>Date of birth</i>			Sexe <i>Sex</i>	Lien de parenté <i>Relationship</i>	Montant soumis <i>Amount submitted</i>	Date d'achat <i>Date of purchase</i>	N° d'assurance maladie <i>Public Health Insurance No.</i>
	jour <i>Day</i>	mois <i>Month</i>	année <i>Year</i>					
<b>Total</b>								