



DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX
CLAIM FORM
EXTENDED HEALTH CARE BENEFITS

NOM
NAME _____

ADRESSE
ADDRESS _____

N° ET RUE / NO. AND STREET

VILLE / CITY

PROVINCE

CODE POSTAL / POSTAL CODE

NOM DE L'ADHÉRENT - NAME OF PARTICIPANT

N° DE CONTRAT - CONTRACT NO.

N° DE CERTIFICAT - CERTIFICATE NO.

*** 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 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 ? OUI NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :
 WERE EXPENSES INCURRED FOLLOWING AN ACCIDENT? YES NO IF YES, PLEASE SPECIFY :

DATE: _____ LIEU / PLACE: _____

CIRCONSTANCES / CIRCUMSTANCES: _____

LES FRAIS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE SONT-ILS COUVERTS PAR UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON
 ARE THE EXPENSES SUBMITTED COVERED UNDER ANY OTHER INSURANCE CONTRACT? YES NO

VOTRE CONJOINT DÉTIENT-IL UN AUTRE CONTRAT D'ASSURANCE? OUI NON
 IS YOUR SPOUSE COVERED UNDER ANOTHER HEALTH INSURANCE CONTRACT? YES NO

SI OUI / IF YES : _____

N° DE CONTRAT / CONTRACT NO. NOM DE L'ASSUREUR / INSURER'S NAME

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 CROIX BLEUE ASSURANCE COLLECTIVE 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.

N.B. : THE SPOUSE WHO IS COVERED BY ANOTHER HEALTH INSURANCE PLAN MUST FIRST SUBMIT HIS CLAIM TO HIS INSURER. AFTERWARDS, PROVIDE BLUE CROSS GROUP BENEFITS WITH A COPY OF THE RECEIPTS WITH A 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.

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 CROIX BLEUE ASSURANCE COLLECTIVE À DEMANDER AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET / OU AUX CENTRES HOSPITALIERS CONCERNÉS L'INFORMATION NÉCESSAIRE AU RÈGLEMENT DE CETTE DEMANDE.

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 BLUE CROSS GROUP BENEFITS TO OBTAIN FROM THE MEDICAL PRACTITIONER AND / OR MEDICAL CENTRE ALL PERTINENT INFORMATION RELEVANT TO THIS CLAIM.

_____ () _____

DATE SIGNATURE N° DE TÉLÉPHONE - TELEPHONE NO.

VEUILLEZ COMPLÉTER LES INFORMATIONS AU VERSO.
PLEASE COMPLETE THE INFORMATION ON THE BACK OF THIS FORM.

C. P. 3300
 SUCCURSALE B
 MONTRÉAL (QUÉBEC)
 H3B 4Y5

