SourceSanté Plus®

Réclamations de Soins Médicaux avec Compte de Soins de Santé

Formulaire HSP No. 3b (04/10)

A. Renseignements sur l'employé et l'employeur

Nom de l'employeur :	N° de police :	N° de certificat :

Nom de famille :		**Langue**	**Sexe**	**Date de naissance**		
				J	**M**	**A**
Prénom :		☐ Français ☐ Anglais	☐ M ☐ F			

Adresse : _____

Numéro et rue App.: Ville Province Code postal

DÉSIREZ-VOUS QUE LES FRAIS NON REMBOURSÉS DE CETTE RÉCLAMATION SOIENT PAYÉS DIRECTEMENT DE VOTRE COMPTE DE SOINS SANTÉ (SI ADMISSIBLES)? ☐ YES ☐ NO

B. Renseignements sur la réclamation

Veuillez 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 non signés et incomplets ou 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		
					☐ Oui * ☐ Non					
					☐ Oui * ☐ Non					
					☐ Oui * ☐ Non					

***Si l'enfant a 21 ans ou plus et est étudiant à temps plein, veuillez indiquer le nom de l'établissement scolaire et la date d'inscription. Pour le Québec, l'âge peut varier selon le plan.**

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

C. Coordination des Prestations (Pour la coordination des prestations, les enfants doivent soumettre les réclamations au régime du parent né le plus tôt dans l'année civile)

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 :
   N° de police :

D. 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 transmettre 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 la signature (jj/mm/aaaa)

Soumettre à: SecurIndemnité, CP 6500, Succursale A, Sudbury, ON P3A 5N5 (1-888-513-4464)