

**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 :		<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> M			
		<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> 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)?**  OUI  NON

**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		
					<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 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) \_\_\_\_\_