

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR MÉDICAMENTS

## Section 1 - EMPLOYÉ - (Veuillez inscrire tous les renseignements demandés.)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

NUMÉRO  
D'IDENTIFICATION  
CARTE ASSURÉ™

(Assurez-vous d'inscrire le numéro au complet)



Complétez et envoyez à :  
Emergis Inc.  
Département paiement des réclamations  
5090, Explorer Drive, bureau 1000  
Mississauga (Ontario) L4W 4X6

S'agit-il d'un ajustement pour une réclamation déjà payée?  Oui  Non

Si oui, demandez l'autorisation de votre gestionnaire de régime : \_\_\_\_\_

## Section 2 - ASSURÉ/SOUSCRIPTEUR - N.B. – VEUILLEZ INSCRIRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS. IMPORTANT - N'envoyez que l'original de vos factures de médicaments.

Date de naissance

Nom du patient	Code du patient*	Date de naissance du patient (JJ/MM/AA)	Nombre de reçus	Montant

CODE/PATIENT: Employé = 01; Conjoint = 02; PAC sous l'âge maximum= 03; Étudiant dépassant l'âge maximum = 04; PAC handicapée= 05

## Section 3 - ÉTUDIANT DÉPASSANT L'ÂGE MAXIMUM (Code Patient 04)

Si votre police comporte une couverture pour étudiant dépassant l'âge maximum, S.V.P. compléter cette section:

Nom de l'institution d'enseignement: \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution: \_\_\_\_\_

S.V.P. communiquer avec votre gestionnaire de régime afin d'obtenir plus de renseignements sur cette section.

## Section 4 - COORDINATION DES BÉNÉFICES

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime d'assurance collective, d'assurance santé, de prestations d'accidents du travail ou par un régime gouvernemental?  Oui  Non

Si oui, inscrire le nom du régime, du plan ou de l'assureur: \_\_\_\_\_

Numéro de police/plan: \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du certificat: \_\_\_\_\_

Date de naissance du conjoint: Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

Si vous avez soumis cette réclamation à un autre régime d'assurance, vous devez joindre la copie originale du **Relevé des prestations** de ce régime et les **copies** des reçus.

## Section 5 - RÉCLAMATION "AUTRE PAYS"

Si cette réclamation concerne des médicaments achetés dans un autre pays, vous devez compléter cette section:

Nom du pays où les médicaments ont été achetés? \_\_\_\_\_

Devise monétaire du pays? \_\_\_\_\_

Je consens à ce que tout renseignement ou dossier relativement aux dépenses inscrites sur ce formulaire soit divulgué. Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire concernant moi ou mes personnes à charge (PAC) sont à ma connaissance véridiques, exacts et complets.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

N.B. Veuillez répondre à toutes les questions, sinon le formulaire vous sera retourné. Conservez une copie pour vos dossiers. Vous devez adresser toute demande de renseignements à votre gestionnaire de régime ou à votre assureur.