



CASE POSTALE 3300, SUCCURSALE B  
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4Y5  
 TÉLÉPHONE : 514-286-8430



PO BOX 3300, STATION B  
 MONTREAL (QUEBEC) H3B 4Y5  
 TELEPHONE : 514-286-8430



**DEMANDE DE RÈGLEMENT  
 POUR FRAIS MÉDICAUX  
 MEDICAL EXPENSES  
 CLAIM FORM**

Nom du patient Patient's name		Lien de parenté à l'adhérent Relationship to member		Âge Age	N° de groupe Group no.	N° de l'étudiant Student ID	N'écrivez pas Do not write
					<b>97008</b>		
Nom de l'adhérent Member's name				DIAGNOSTIC - DIAGNOSIS			
Adresse Address		Ville City					
Province		Code postal Postal code					
NATURE DES SOINS - NATURE OF SERVICES				Code de service Service Code	Jour Day	Mois Month	Année Year
							Honoraires Fees
Nom, adresse et spécialité du professionnel de la santé Name, address and speciality of the health professional				Par les présentes, je cède les prestations auxquelles j'ai droit, en vertu de la présente demande au fournisseur des services identifié ici, et j'autorise Croix Bleue Medavie à le payer directement.			
_____				I hereby assign my benefits payable from this claim to the herein named provider of services and authorize Medavie Blue Cross to pay said provider directly.			
_____				_____			
_____				Signature de l'adhérent - Member's signature			
_____				À l'usage de l'assureur - For insurer's use only			
N° de télécopieur - Fax number : _____				Code	Visites Visits	Visites couv. Cov. visits	Date
Signature : _____							Honoraires Fees
Date : _____							Paiement Payment

<sup>MC</sup> Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, utilisées sous licence par Croix Bleue Medavie, titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.

<sup>TM</sup> The Blue Cross symbol and name are registered trade-marks of the Canadian Association of Blue Cross Plans and are used under licence by Medavie Blue Cross, an independent licensee of the Canadian Association of Blue Cross Plans.