

Demande de règlement / Claim Form

Frais médicaux et paramédicaux
Extended Health Care Benefit

Nom Name:	_____		
Adresse Address:	N° et rue / No. and Street		Ville / City
	Province / Province	Code postal / Postal Code	

Nom de l'adhérent / Name of participant	N° de contrat / Contract No.	N° de certificat / Certificate No.
	97008	

- * **Veillez 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 ?
Were expenses incurred following an accident? oui/yes non/no Si oui, veuillez préciser / If yes, please specify: _____

Date/Date: _____ Lieu / Location: _____

Circonstances / Circumstances: **Medical exam required / Laboratory analyses
Concordia University Health Services, (514) 848-2424 ext. 3583**

Les frais faisant l'objet de la demande sont-ils couverts par un autre contrat d'assurance ?
Are the expenses submitted covered under any other insurance contract? oui/yes non/no

Votre conjoint détient-il un autre contrat d'assurance ?
Is your spouse covered under another health insurance contract? oui/yes non/no sans objet/no applicable

Si oui/ If yes: _____
N° de contrat / Contract No. _____ Nom de l'assureur / Insurer's name _____

N.B.: Le conjoint couvert par un autre contrat d'assurance doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur puis fournir à Croix Bleue du Québec le relevé de paiement accompagné d'une copie des reçus soumis. 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 a claim to his/her insurer. Afterwards, provide Québec Blue Cross with a copy of the receipts with 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 la suite d'une maladie ou d'un accident et que mes déclarations sont complètes et véridiques. De plus, j'autorise Croix Bleue du Québec 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 Québec Blue Cross to obtain from the medical practitioner and/or medical centre all pertinent information relevant to this claim.

Date / Date

Signature / Signature

N° de téléphone / Telephone No.

**Veillez détailler les frais médicaux au verso.
Please provide information on medical expenses
on the back of this form.**

	
Case Postale 1630	PB 1630
Succursale B	Station A
Montréal (Québec)	Montréal, Québec
H3B 3L3	H3B 3L3